



RESUMEN.

El trastorno psicológico más frecuente actualmente es la depresión por lo que me interesó abordar este problema en esta edad, ya que he trabajado y he observado los problemas de los adolescentes internos en la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua. La desestructuración que actualmente suele caracterizar al núcleo familiar. Se ha comprobado en este estudio que cada generación de adolescentes multiplica su riesgo de depresión y de drogodependencia por los factores de riesgo que atraviesan entre estos tenemos: la mala comunicación con los padres, la violencia intrafamiliar, problemas intergeneracional, falta de uno de los padres, autoestima baja y pares que tienen problemas idénticos, entre otros.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación de la depresión y el consumo de drogas en los adolescentes drogodependientes internados en la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua de la Ciudad de Cuenca.

Es un tipo de estudio de corte transversal, en el que participaron veinte adolescentes de la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua. Se aplicó el cuestionario de síntomas diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el diagnóstico de la depresión, y la escala de Hamilton para la depresión, para determinar la severidad del cuadro a los pacientes que resultaron positivos para la enfermedad.

Palabras Claves: Depresión, adolescencia, drogodependencia, familia.



INDICE.

INTRODUCCIÓN	11
OBJETIVOS	13
CAPITULO I	14
MARCO TEORICO	14
• ADOLESCENCIA:	14
• TEORÍAS.	14
• DESARROLLO PSICOSOCIAL.	6
• MODELO FISIOLÓGICO	7
Cambios Sexuales que presenta el Adolescente	7
Características físicas de los adolescentes.	9
Desarrollo Psicosexual del Adolescente.	10
Identidad Sexual.	10
Evaluación del Desarrollo Puberal de Tanner.	15
CUADRO DE LOS ESTADIOS DE TANNER DEL DESARROLLO EN LOS ADOLESCENTES	16
• PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA	17
• AMOR Y SEXUALIDAD.-	23
• Identidad sexual	23
• Comprensión e independencia.-	24
• Recreación.-	
• Orientación profesional y vocacional.-	24
• SITUACIONES ESPECIALES DE LOS ADOLESCENTES.	24
• NECESIDADES:	25
• RIESGOS EN LA ADOLESCENCIA.	25



• ASPECTOS POSITIVOS EN LA ADOLESCENCIA	26
• LOS FACTORES PROTECTORES DEL ADOLESCENTE	26
CAPITULO II.	29
• LA DEPRESIÓN: CONCEPTO	30
Tipos de depresión:	33
Depresión en los adolescentes	34
CAPITULO III.	38
• DROGAS	38
• Consecuencias que traen las drogas	41
• Definición de droga.	41
• CLASIFICACION DE LAS DROGAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA	42
Las drogas y el deporte	43
• VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS.	44
• EFECTOS DE LA DROGODEPENDENCIA.	44
Abuso:	45
Habito:	46
Dependencia:	46
Síndrome de abstinencia:	46
• EFECTOS DE LAS DROGAS	47
CANNABIS	47
COCAINA	47
DROGAS DE SÍNTESIS	48



ANFETAMINAS	49
ALUCINOGENOS	49
PEGAMENTOS INHALADOS	50
• Alcoholismo.	50
Relación entre el alcohol y la droga	52
Comorbilidad depresión, drogas y familia.	53
Los estudios sobre la familia.	55
 CAPITULO IV	 57
• FAMILIA.	57
<i>Origen y evolución histórica</i>	57
<i>Vínculos de parentesco</i>	58
• FORMAS DE ORGANIZACIÓN FAMILIAR	59
Concepto de familia.-	60
La familia: un sistema	61
Subsistemas e interacciones familiares	62
Jerarquías.	63
Alianzas.	64
Fronteras o límites.	64
FAMILIA NORMAL:	65
FAMILIAS AGLUTINADAS O SOBREENVUELTAS:	65
FAMILIAS DISDEGRADAS:	66
Familia nuclear actual.	67
Familia extensa.	68
• El ciclo vital de la familia.	69
Dimensión psicológica de la socialización	74
Dimensión educativa de la socialización	75
RESPUESTA SOCIAL ANTE LA EVOLUCIÓN FAMILIAR	76
Modelos educativos de riesgo	77
• Genograma.	78



CAPITULO V	81
DISEÑO METODOLÓGICO.	81
METODO Y TÉCNICAS.	82
CAPITULO VI	86
RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN	86
ANALIS DE LOS GENOGRAMAS.	103
CAPITULO VII.	
DISCUSIÓN	122
CAPITULO VIII	
Conclusiones.	125
CAPITULO IX	
RECOMENDACIONES.	127
CAPITULO X	
• PROPUESTA.	129
• SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN:	129
• SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.	129
• DETERMINANTES DE LA SALUD.	130



• NIVELES DE INTERVENCIÓN.	130
• PREVENCIÓN.	131
• METODOS DE INTERVENCIÓN Y CAMBIO.	132
• TECNICAS Y FASES.	135
• ALTERNATIVAS DE INTERVENCION Y REHABILITACIÓN	135
• REHABILITACIÓN:	136
• LA INTERVENCIÓN:	139
• CRITERIOS PARA LA INTERVENCIÓN	139
• INTERVENCIÓN EN CRISIS.	140
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	143
ANEXOS.	145
BIBLIOGRAFIA	177



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES
ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES
DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA
JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA.
CUENCA ENERO – JUNIO 2009**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO
MAGISTER EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR**

AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.
DIRECTORA: Mgs. Lía Pesantez.

CUANCA – ECUADOR.
Noviembre - 2009.



RESPONSABILIDAD

La suscrita, se responsabiliza de los
criterios y conceptos vertidos en la
presente investigación.

Lcda. Ana Castillo C.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitir que pase por este proceso de enriquecimiento científico

Mi sincero agradecimiento a la Lcda. Lía Pesantez, por su valiosa colaboración y ayuda para la realización de esta investigación.

Agradezco a la Universidad de Cuenca por permitirme realizar esta Maestría.

Un especial agradecimiento a los adolescentes y familiares de la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua, pues sin su participación no hubiera sido posible ejecutar este trabajo.



DEDICTORIA

A mi hijo André, y mi esposo Fernando, por su apoyo y amor incondicional soportando largas jornadas de mi ausencia.

Y a mis amigas Katty y Patricia, quienes de una u otra forma han acompañado en la realización de este anhelado sueño.

Anita.



INTRODUCCIÓN

- La investigación considerada como un proceso científico, es útil para el conocimiento de nuestra realidad y así lograr la transformación real de los problemas que se suscitan en ella. En este sentido el presente trabajo se plantea un objetivo concreto, cuya finalidad es determinar la relación de la depresión y el consumo de drogas en los adolescentes drogodependientes internados en la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua de la Ciudad de Cuenca.

Considerando que la drogodependencia es una enfermedad con su propia sintomatología, no es el síntoma de un trastorno psiquiátrico subyacente, la concepción a variado en los últimos años en términos de su extensión, etiología e incluso de su ideología.

El consumo de sustancias adictivas siempre existió, pero el modo de consumo cotidiano, habitual y sin razón, no era la característica en el pasado.

Los ritos, las celebraciones de culto y actos sagrados, eran sí realizados en el consumo de drogas como una necesidad del participante de acercarse a sus dioses.

Los avances científicos y tecnológicos, los medios de comunicación, con sus cuestiones éticas, hacen que las drogas producidas estén a disposición del hombre.

La droga y el narcotráfico no son ajenos a esto, parece ser que la ciencia y la ley no pueden hacer algo con las adicciones, que tienen que ver con esta cultura de mercado y de consumo en este siglo.

Es cierto que sin un cambio en el orden social, la droga seguirá siendo un flagelo que destruye a los individuos que conforman la sociedad y a la sociedad misma, sin dejar de lado la importancia que esta ocasiona en el estado emocional del individuo y de la familia.

En los últimos veinte años se ha obtenido una gran cantidad de información clínica y científica en torno a estas enfermedades, droga y depresión, en un 80% van de la mano agravando el cuadro en el normal crecimiento del adolescente.



Los datos relativos a la edad, y factores psicosociales destacan que:

El periodo de vida en la cual la drogodependencia está de acuerdo a la investigación realizada esta entre los 12 a los 65 años de edad, aunque en los últimos años se ha elevado la frecuencia el consumo de los adolescentes desde antes de los 10 años en algunos casos.

Estas patologías que se han estudiado se encuentran entre adolescentes de cualquier nivel económico, sin importar la raza ni el color.

No existe una etología precisa, y discernible para este problema, su naturaleza es compleja, y en este estudio se ha comprobado la interacción de múltiples factores causales, dejando a lado la búsqueda de la monocausalidad.

Todos estos antecedentes han sido de vital importancia para estudiar e investigar si la depresión es causa de drogodependencia o el consumo de drogas es causa de la depresión. Estas preguntas he propuesto conociendo el trabajo que ha diario se ha ido realizando en los adolescentes y su familia internados en la Comunidad Terapéutica, y de esta manera realizar una propuesta de intervención para lograr una recuperación del sistema familiar con una vida digna mejorando la calidad de vida.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la relación de la depresión y el consumo de drogas en los adolescentes drogodependientes internados en la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua de la Ciudad de Cuenca.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer características emocionales que generaron el consumo de sustancias
- Identificar el cuadro depresivo en los adolescentes drogodependientes.
- Elaborar una propuesta de intervención en adolescentes drogodependientes con problemas de depresión.



CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 ADOLESCENCIA:

Se debe diferenciar los términos; adolescencia y adolescente.

- **La adolescencia** Es una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez, para algunos adolescentes es un periodo de incertidumbre, pero para otros es una etapa de amistades internas, de más independencia, y de sueños de planes que van a realizar en el futuro. También es una etapa de descubrimiento. El adolescente descubre su identidad y define su personalidad. Además es una etapa de inmadurez en busca de la madurez.
- **El adolescente** Este término se utiliza para dirigirse a una persona que se encuentra entre los 9 años a los 20 años.

1.1.1. TEORÍAS.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia actualmente se sitúa entre las edades de 10 a 19 años, reconociendo dos etapas dentro de esta categoría: la adolescencia temprana (desde los 10 hasta los 14) y la adolescencia tardía, a partir de los 15 hasta los 19 años.

La adolescencia es la edad de los cambios, como señala Kestenberg: "muchas veces la adolescencia es simultáneamente un niño y un adulto. Pero en realidad no es un niño ni aún es un adulto. Este doble movimiento de negación de su infancia, por un lado, y la búsqueda de un estatuto adulto estable por otro, constituye la propia esencia de "crisis", es decir, del proceso psíquico que todo adolescente tiene inevitablemente que atravesar.

Según Belart, "la adolescencia es un largo período de transición entre la infancia y la edad adulta ya que desde los 13 hasta 18 años aproximadamente. En ella tienen lugar toda una serie de transformaciones biológicas-huesos, funciones endocrinas y sexuales, psicológicas intelectuales y sociales".¹



Para Erikson, "la adolescencia «no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento». La tarea más importante del adolescente, según este autor, es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles".

Stanley Hall: "La adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completamente; las cualidades del cuerpo y del espíritu son nuevas; el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El crecimiento proporcional de cada año aumenta, siendo muchas veces el doble del que correspondería y aun más; surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes."

Shopen: "La lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia".

Bernard: "Es preciso establecer distinción clara entre pubertad y adolescencia. La pubertad se refiere esencialmente a la maduración física de los órganos sexuales. La adolescencia apunta al proceso total de crecimiento."

Henry Pieron: "El período de la vida que coincide en el despertar del sexo, fenómeno que domina la pubertad. Esto es, para los organismos femeninos y masculinos teniendo en cuenta cierta oscilación en el tiempo, una fase de crisis orgánica y afectiva de conmoción, en la cual las interferencias hormonales, las modifica de las tendencia que suscitan reacciones a veces muy vivas y sorprendentes."

Paul Swartz: "La palabra adolescente tiene una connotación tanto biológica como psicológica, en el primer sentido la adolescencia designa el período de crecimiento corporal que se extiende desde la pubertad hasta la adquisición de la madurez fisiológica. El desarrollo psicológico se refiere a la evolución de la conducta desde la pubertad hasta la edad adulta."

De esta modo se puede decir que la adolescencia, es la etapa comprendida entre la niñez y la edad adulta, representa un período crucial en la evolución biológica y psicológica debido a grandes cambios físicos y endocrinos. Está marcado por el gran interés sexual, el debilitamiento de los lazos familiares, la conquista de la independencia y la ambición de popularidad



entre los amigos, es decir por una modificación sustancial respecto al medio social.

De esta perfil se dice que la adolescencia tiene su origen en el verbo latino *adoleceré* que significa crecer o llegar a la madurez, utilizando para referirse al niño que se encuentra en la fase del desarrollo durante la cual deja de ser niño para convertirse en adulto. Según esto, la adolescencia es una transformación profunda que le impone al joven grandes exigencias de adaptación, de acuerdo con nuevas funciones biológicas, nuevos tipos e relación interpersonal, nuevos roles, y nuevas responsabilidades familiares y sociales.

La adolescencia comienza con la pubertad, que marca el comienzo de la maduración sexual de los jóvenes y culmina varios años más tarde, cuando ellos adquieren la madurez suficiente para dirigir su destino y asumir las responsabilidades de la edad adulta.

1.2 DESARROLLO PSICOSOCIAL.

Teoría de Marcia y Gilligan

M, Gilligan y otros investigadores han encontrado diferencias en la manera como logran la identidad los varones y las mujeres.

Las mujeres jóvenes y las adultas se juzgan a si mismas por sus responsabilidades y su capacidad para cuidar de los demás y de sí mismas mientras que los hombres se juzgan más importantes son sus logros.

Teoría de Erik Erickson En esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad para poder convertirse en un adulto que pueda cumplir un rol en la vida, para construirla, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de las persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad la virtud que debe presentarse es la fidelidad, es decir, lealtad a toda prueba, confianza o sentimientos de entrega al ser amado, a los amigo o a los compañeros, también implica identificarse con una serie de valores, ideología, una religión, un movimiento político o un grupo étnico. El amor forma parte importante en el camino hacia la identidad ya que permite que el adolescente exponga su propia tentativa de identidad que se ve reflejada en el ser amado y le ayuda a clarificar el yo.

Según este autor, en la adolescencia temprana se establecen una forma de identidad evitando una difusión de la identidad. Con esto se logra saber quien es él. Cual es su papel en la Sociedad, supera algunos problemas de la niñez,



identifica sus habilidades y acepta sus limitaciones. En cuanto a las relaciones sociales de los adolescentes es muy importante el grupo de amigos(as).

En términos psicosociales, los adolescentes son el resultado de una educación y una relación afectiva, que los mantienen en las gratificaciones primarias, sin dejar de lado las necesidades de nutrición, higiene, afectividad, comprensión independencia, recreación y orientación. Todos estos elementos son importantes para seguir y superar correctamente el ciclo de vida. Y si esto no es de manera ordenada, los adolescentes tienen crisis de identidad si no lo superan habrá situaciones especiales como: rebeldía, timidez, tristeza, aislamiento, depresiones, deserciones de la escuela, problemas de salud, problemas psicosociales como: delincuencia juvenil, farmacodependencia entre otras.²

En síntesis las características de la adolescencia: se inicia con la pubertad, en este momento descubre el silencio, con una dificultad para controlar su vida erótica, descubre el yo y lo encuentra vacío, con actitudes revanchistas y contestatarias, rompe con la autoridad de sus padres, con una vida grupal en rebaño (manada), en si un crecimiento acelerado.

1.3. MODELO FISIOLÓGICO

1.3.1 Cambios Sexuales que presenta el Adolescente

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- **Física:** aparición y crecimiento de los caracteres sexuales primarios y secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual. Estos cambios ocurren en el período de la pubertad que dura 4 años aproximadamente (en las mujeres ocurre antes que en los hombres), provocando la madurez sexual, ósea, cuando la persona ya se puede reproducir. En las mujeres el signo de madurez sexual es la menarquía y en los hombres es la presencia de semen en la orina.

Hombres:

- Ensanchamiento de hombros
- Cuerpo más musculoso
- Voz mas profunda
- Cambios en la piel
- Aumento de la estatura
- Mayor sudor por la maduración de las glándulas sudoríparas

- Cabello y piel más grasosa debido a la maduración de las glándulas sebáceas
- Cambios en los genitales: pene mas alargado y con mayor grosor, aumento del tamaño de los testículos, la próstata y las vesículas seminales maduran y secretan semen.
- Crece el bello en: axilas, región púbica y alrededor de los genitales, región umbilical, cara, pecho, piernas y brazos

•

Mujer:

- Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis
- Cambio de voz
- Cambios en la piel
- Aumento de la estatura
- Aumento de la grasa corporal en mamas y zona púbica (monte de venus)
- Mayor sudor por la maduración de las glándulas sudoríparas
- Cabello y piel más grasosa debido a la maduración de las glándulas sebáceas
- Crecimiento mamario
- Adquieren una mayor curvatura corporal
- Presencia de menstruación
- Cambios en los genitales: mayor longitud y mayor elasticidad de la vagina, las glándulas vestibulares comienzan a secretar fluidos lubricadores, los labios mayores, menores y clítoris se agrandan, el monte de Venus es más prominente, el útero duplica su tamaño.
- Crece el bello en: axilas, región púbica y alrededor de los genitales, piernas y brazos.

La diferenciación sexual de la pubertad, que transforma tan profundamente a los adolescentes, es el resultado de una reacción en cadena cuya cronología es la siguiente:

Los cambios fisiológicos se inician en la hipófisis anterior, la cual segrega unas hormonas, que junto a otras producidas por las glándulas suprarrenales, son las responsables del comienzo de la pubertad.

La herencia genética es importante en la determinación del inicio de la actividad hipofisaria, también los factores ambientales- como la nutrición y el estado de salubridad, influyen en el desarrollo fisiológico.



El desarrollo de la pubertad se produce alrededor de los 10 años a 12 en las chicas y de 12 a 13 en los chicos. Estos datos cronológicos deben concebirse como edades fisiológicas u óseas y no como edad real.

En el chico las modificaciones mamarias no son tan importantes pero si se produce mayor acné (la verdadera complicación, desde el punto de vista psíquico, de la pubertad masculina), cambios en la voz, un aumento de estatura notable y la primera eyaculación consciente. Y termina, simbólicamente, con la adolescencia, alrededor de los 15 años.

En la chica surgen modificaciones bulbares, aumenta la aureola y en dos años se consigue un desarrollo completo. Todo ello producto de la secreción gonadal estrogénica que se va produciendo. A su vez, la secreción androgénica produce pilosidad púbica. También se produce un crecimiento óseo importante y aparece la menstruación (12-13 años). Las primeras menstruaciones pueden ser muy dolorosas e irregulares.

Al llegar a este periodo la aparente tranquilidad que tenía el niño en etapas anteriores se pierde, y el adolescente se encuentra ante la necesidad de estructurar una nueva identidad personal, lo cual no es fácil ya que ha de integrar todas esas transformaciones. El cuerpo cobra gran importancia, es un punto de referencia en torno al cual se organiza la identidad y al mismo tiempo a través de él se relaciona con el mundo exterior, en realidad el interés por el cuerpo ha estado presente a lo largo de la Historia, sin embargo los valores estéticos han cambiando y las personas han tratado de ajustarse a los estereotipos vigentes en cada época. Hoy en día los chicos tratan de esculpir sus cuerpos con el deporte, gimnasia, y cada vez se preocupan más por su apariencia física, algo que hasta ahora había sido exclusivo de la mujer.

1.3.2. Características físicas de los adolescentes.

- **Cambios hormonales.**- estos cambios dependen del normal funcionamiento e interacción de la hipófisis, suprarrenales, ovarios en la mujer y testículos en el hombre.
 - 1) **Hormona del crecimiento.**- su función es desarrollar y aumentar el volumen de todos los tejidos corporales así todos los órganos se hacen más voluminosos y el individuo crece.
 - 2) **Hormonas gonadotropinas.**- la hormona estimulante del folículo (FSH). Conserva la producción de óvulos y espermatozoides

durante el periodo reproductivo de la vida. en la mujer estimula la producción de células foliculares ováricas produciendo estrógenos. En el hombre tiene acción sobre las células de Sertolini iniciando el proceso de proliferación de la espermatogenesis.

En la pubertad la Hipófisis libera las hormonas gonadotróficas: Hormona Luteinizante y Hormona Folículo Estimulante, provocando en las gónadas femeninas la liberación de estrógenos (estimula el desarrollo de los órganos sexuales y las características secundarias) y progesterona (prepara al útero para el embarazo y el mantenimiento del embrión o feto en el útero) y en el hombre andrógenos (hormona sexual masculinizante) y testosterona (estimula el desarrollo de los órganos sexuales y las características secundarias). Todo esto es regulado y producido por el Hipotálamo.

- 3) **La hormona adrenocorticotrópica (ACTH):** libera andrógenos los que contribuyen a la formación de las características sexuales secundarias.

1.3.3. Desarrollo Psicosexual del Adolescente.

El desarrollo sexual del adolescente, se manifiesta por el instinto sexual, esto es debido al periodo puberal. Este instinto sexual es complicado, razón por la cual no tiene los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Por lo que mantienen relaciones sexuales sin responsabilidad; teniendo como consecuencia adolescentes embarazadas y enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

1.3.4. Identidad Sexual.

Durante la adolescencia, la identidad sexual no esta muy bien definida, es decir, su orientación sexual puede dirigirse hacia personas del mismo sexo (homosexuales) o personas de distinto sexo (heterosexuales).

- **Psicológica:** se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proporcional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.



Modelo psicoanalítico

Para la teoría psicoanalítica, en concreto Freud, la adolescencia es un estudio del desarrollo en el que, debido en gran parte a los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital.

Esta fase del desarrollo, la fase genital, supone, por un lado, revivir los conflictos edípicos infantiles y, por otro, la necesidad de resolverlos con una mayor independencia que los progenitores y un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos. La fuerza de las pulsiones que surgen durante la pubertad hace que se produzca una vulnerabilidad acentuada de la personalidad. Esta debilidad de la personalidad requiere el empleo de diferentes mecanismos de defensa, entre ellos la intelectualización y la sublimación, para enfrentarse con la ansiedad y la inseguridad

El modelo psicoanalítico, según autores, se centra en la excitación de la sexualidad de este período, en sus pulsiones, en los cambios esenciales del cuerpo y mente, en el luto y las depresiones, en los mecanismos de defensa, en la búsqueda de identidad y en las identificaciones. La adolescencia es la etapa de cambio, transformación y crisis por excelencia, de profundas dificultades emocionales, inestabilidad y desequilibrio anímico. Algunos adolescentes presentan crisis de identidad y serios conflictos familiares y, en general, se puede decir que todos desconciertan y confunden a sus padres. Siendo un periodo difícil lleno de sentimientos de inseguridad, conciencia de las deficiencias personales y preocupación constante por la posición que se ocupa entre los amigos.

Los adolescentes sienten intensamente y cambian a menudo de estado de ánimo, actuando en muchas ocasiones de forma impulsiva. En ellos la energía es extraordinaria por lo que conviene canalizarla a través del ejercicio físico y/ o alguna otra actividad como por ejm, el cálculo.

En cuanto al panorama familiar, los adolescentes ven a sus padres con sus defectos y limitaciones e incluso les muestran cierto rechazo porque no les entienden ni aceptan las modas a las que tan abiertos están ellos.

El chico rechaza las bases identificatorias de la infancia o sea de sus imágenes parentales. Quiere por tanto, diferenciarse de los padres y esa



será su lucha durante los años de adolescencia. Mientras tanto, el encuentro con una identificación de adulto sólo podrá sobrevenir por la introducción del muchacho en el mundo del adulto por la línea familiar, de ahí su búsqueda imperiosa de una identidad que le diferencie de su familia. A veces los abuelos son los únicos no rechazados, dentro de esta línea familiar. Su lucha, no es contra ellos, es sólo contra los padres.

El adolescente crece y con ello se vuelve agresivo porque crecer, según Winnicott es un acto agresivo en sí³.

El narcisismo, la identificación proyectiva, la idealización del Ego, la intelectualización, el paso al acto, serán mecanismo de defensas ante estas vivencias. Hablamos de mecanismos de defensa que la psique construye para aminorar el sufrimiento que produce el conflicto vivido. Son por tanto, términos psicoanalíticos sin mayor importancia para el profano y que sólo deben ser manejados adecuada y cuidadosamente por el psicoterapeuta.

El grupo será parte esencial de su proceso de crecimiento. Su identidad de grupo, y al mismo tiempo el rechazo a los padres forman parte de su proceso de desarrollo psíquico. Sobre todo, al inicio de la adolescencia (13-15 años) el grupo desempeña una labor esencial. Evidentemente puede tener también una función psicopatológica.

La relación de pareja, y su extremo, "el primer amor", es una búsqueda del objeto perdido en términos psicoanalíticos. Y de la búsqueda narcisista. La exacerbación de la amistad y sobre todo focalizado en una persona es típica de esta edad.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa que describiera Freud en Tres Ensayos⁴; vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones

en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor.

Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares.

El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. A todo esto se le conoce como el síndrome normal de la adolescencia⁵.

- **Social:** el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc.) Y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social. El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual.
- Los adolescentes de las sociedades industriales occidentales no cuentan con ritos de paso que les sirvan de guía para integrarse en la vida adulta. Esta falta de expectativas y guías claras por parte de los adultos puede resultar problemática para el joven a la hora de adaptarse a las nuevas exigencias y responsabilidades. Al mismo tiempo que desarrolla un nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Esta búsqueda de una nueva situación social genera también ansiedad e inseguridad, y, frente a los deseos de independencia, se crea contradictoriamente una necesidad mayor de dependencia de los demás y de que éstos apoyen la visión que está creando sobre sí mismo. Esto significa que, el paso del

individuo por la adolescencia, estará afectado por las expectativas mantenidas por las personas de su entorno inmediato que él considera importantes.

- Los sociólogos abordarán la adolescencia según un doble punto de vista: como un periodo de inserción en la vida adulta y como un grupo social de características sociolaborales independientes y particulares.
- En las culturas africanas, por ejemplo, la adolescencia, como la infancia, son periodos "cortos" de la vida de un ser humano frente a la preponderancia que se le da en los países de occidente. Desde el punto de vista sociológico por tanto, la adolescencia es un fenómeno heterogéneo.
- Pero fue en los años 60 donde se hizo un corte entre lo anterior y lo actual, La generación de los 60 se caracterizo por, una exaltación de la juventud. Fue un periodo de comparación de ideas, de confrontación generacional, de ruptura con lo viejo y con lo antiguo. Surgió la contracultura, el contrapoder, y la cultura de los jóvenes adquirió preponderancia.
- Los años 60 movilizaron a los jóvenes de algunas partes del mundo en torno a una idea de la cultura, de la política y de los valores. Todo esto cayó en crisis en los 80. Esta nueva generación chocó con la crisis material y económica. El futuro se tornó incierto. La vida laboral, personal, y la seguridad comenzaban a ser enigmas.

En la actualidad, para el adolescente empiezan a cobrar importancia su habitación y los amigos. Además pasan más tiempo en sus dormitorios, las paredes se llenan de posters de sus ídolos o grupos de música favoritos y reina en ellos el desorden, que no es más que el reflejo de su propia desorganización interna. A través de estos cambios los chicos y las chicas intentan dar un nuevo sentido a su vida y diferenciarse claramente de su niñez.

Con respecto al grupo de pares, encuentra en ellos seguridad, comenzando una etapa de patrones conductuales y modelos establecidos por el grupo y si no se ajustan a sus presiones son



rechazados, ridiculizados, generando sentimientos de inferioridad y baja autoestima.

La interacción social no solo se da a nivel de grupos, también cobra realce la amistad individual, que supone sentimientos intensos y sinceros. Los amigos íntimos contribuyen al desarrollo del adolescente y en tal relación hay confianza, no es necesario simular ni ponerse en guardia contra la revelación de secretos compartidos.

Tienen mayor facilidad para entablar amistades, ya que desarrollan habilidades sociales que lo lleven a adaptarse con mayor facilidad.

La amistad suelen formarse por semejanzas en criterios, como edad, inteligencia, posición socioeconómica, intereses comunes, carreras semejantes.

1.3.5. Evaluación del Desarrollo Puberal de Tanner.

Para realizar la evaluación del desarrollo puberal, se utilizan las tablas diseñadas por Tanner, dividiendo en 5 grados el desarrollo mamario, del vello púbico y genital masculino.



CUADRO DE LOS ESTADIOS DE TANNER DEL DESARROLLO EN LOS ADOLESCENTES

228 M. Rosa Solario y Lacey Wyatt Henriques

TABLA 22.1. **Estadios de Tanner del desarrollo en las adolescentes**

Estadio /edad media	Mamas	Vello pubiano	Otros cambios físicos
1	Aplanadas, prepuberales	Sin vello pubiano verdadero	preadolescentes
2/10.8 años	Brotes mamarios pequeños y elevados	Crecimiento escaso, vello liso en los lados de los labios	Comienza el brote de crecimiento
3/11.8 años	Aumento de tamaño global y elevación de las mamas y aréolas	Pigmentado, más espeso el aumento hace que adopte un aspecto erizado	Desaceleración del crecimiento; menarquía en el 25% de las mujeres.
4/13.2 años	Forma de las aréolas y papilas contorno separado de las mamas	Propio de la mujer adulta, limitado en área	Menarquía en aproximadamente el 65% de las mujeres
5/14.6 años	Adultas, con aréolas, adoptan el mismo contorno que el tejido mamario	Propio de la mujer adulta, forma triangular clásica femenina	Menarquía en aproximadamente el 65% de las mujeres

TABLA 22.2 **Estadios de Tanner del desarrollo en los varones jóvenes**

Estadio/edad media	mamas	Vello pubiano	Otros cambios físicos
1	Testículos 1.5 ml (volumen). Pene: infantil	No hay	preadolescentes
2/11.8 años	Testículos 1.6-6.0 ml. Escroto: más grande. Pene: sin cambios	Crecimiento escaso, vello liso en la base del pene	El porcentaje de grasa corporal aumentada del 4.3 al 11.2%.
3/12.8 años	Testículos: 6-12 ml. Escroto: aún más grande y oscuro. Pene: aumento de la longitud y del diámetro	Pigmentado, más espeso, el aumento hace que adopte un aspecto erizado	En el 25% de los casos comienza el brote de crecimiento
4/13.9 años	Testículos: 12-20 ml. Escroto: aún más grande y oscuro. Pene: aumento de la longitud y del diámetro	Propio del adulto con extensión a la zona externa de los muslos	En la mayoría de los varones comienza el brote de crecimiento
5/14.8 años	Testículos: 20 ml. Escroto y pene: propio del adulto	Propio del adulto	Culminación del crecimiento y fortaleza física

Fuente adaptada de Tanner. *con autorización.

1.4. PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA

1.4.1. Problemas en la adolescencia

Los adolescentes tienen bajas tasas de discapacidad y enfermedades crónicas. Su tendencia a tomar riesgos se refleja en sus altos índices de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio, problemas de salud como obesidad, anorexia nerviosa, bulimia, consumo de estupefacientes y enfermedades de transmisión sexual afectan a un número muy grande de adolescentes.

a. Desordenes alimenticios.

- **Anorexia**

También conocida como auto-inanición, es un desorden en la alimentación que se ve especialmente en las mujeres jóvenes afecta a ambos sexos desde la pre adolescencia hasta la edad madura, pero es más probable que se presente en la adolescencia.

Los signos son: luego de tener una dieta para bajar de peso con límites más bajos, alcanzan el peso deseado, y deciden seguir una dieta por cuenta propia; practicar demasiado ejercicio; sentirse insatisfecho después de perder peso y la interrupción de la menstruación.

Las causas de la anorexia se desconoce puede ser la presión social, depresión, es más en mujeres y problemas de autoestima, ansiedad o de origen físico o una combinación de todos esos factores.

- **Bulimia**

Afecta en primer lugar a las niñas adolescentes y a las mujeres jóvenes consiste en ingerir grandes cantidades de alimentos (casi siempre en secreto) y luego provocarse vómito, sometiéndose a dietas estrictas, realizando ejercicios rápidos y vigorosos o consumiendo laxantes y diuréticos.

- **Obesidad**

El sobrepeso implica una medida de los pliegues de la piel en el percentil 85 y por lo general adolescentes obesos tienden a ser adultos obesos.



Se produce cuando las personas consumen más calorías de las que gastan. Factores de riesgo puede ser la relación genética, estrés emocional, índices de actividad física, daño cerebral.

- **Tabaquismo**

Los fumadores suelen iniciarse hacia los 10 ó 12 años y continúan haciéndolo, hasta convertirse en dependientes de la nicotina.

Se relaciona el hábito de fumar con el cáncer pulmonar, dolencias cardíacas, enfisema entre otras enfermedades.

La presión de lo compañero y si ven a sus familiares aumenta la probabilidad de que los jóvenes consuman.

- **Alcoholismo**

La mayoría de los adolescentes comienza a beber porque hacerlo les parece una "cosa de grandes" y continúan haciéndolo para dar un tinte agradable a las situaciones sociales, reducir la ansiedad y escapar de los problemas.

Los peligros de beber entre los jóvenes es que la principal causa de mortalidad son los accidentes automovilísticos relacionados con el consumo de alcohol.

- **Marihuana**

A pesar del tiempo sigue siendo una de las drogas ilícitas mas consumidas, las causas son las mismas que para consumir alcohol.

El uso continuo de marihuana puede llevar a problemas cardíacos y pulmonares, accidentes de tránsito, obstruir las capacidades de memoria y aprendizaje, así como disminuir la motivación, inferir con el trabajo escolar y causar problemas familiares.

- **Embarazo precoz**

No es un problema típico de la adolescencia, cuidar un bebé exige demasiado, pudiendo tener consecuencias graves para los adolescentes, los bebés y la sociedad en conjunto.

Las adolescentes embarazadas son propensas a sufrir complicaciones como anemia, partos prolongados y toxemia así como el bebé presentar bajo peso, defectos neurológicos o morir en el primer año de la vida.

Además de que tienen menos probabilidad de seguir estudiando y tener problemas económicos.

- **Enfermedades de transmisión sexual.**

También conocidas como enfermedades venéreas a continuación se presenta una tabla con las enfermedades más comunes:

Enfermedad	Causa	Síntomas en el hombre	Síntomas en la mujer
Clamidia	Infección bacterial	Dolor al orinar, supuración por el pene.	Flujo vaginal, malestar abdominal.
Gonorrea	Infección bacteriana	Supuración del pene, dolor al orinar	Incomodidad al orinar, flujo vaginal, menstruación irregular.
Herpes	Infección viral	Vejigas dolorosas en los genitales por lo general en el pene,	Vejigas dolorosas en los genitales que en ocasiones producen fiebre, y dolor muscular. Las mujeres con ulceraciones en la cervix pueden no darse cuenta de los brotes.



Sífilis	Infección bacteriana	En la primera etapa, ulceraciones rojizas - café se presentan en la boca, los genitales o ambos, las cuales pueden desaparecer aunque la bacteria permanece. En la segunda etapa, más infecciosa se presenta un amplio salpullido en la piel.	Igual que en los hombres
SIDA	Infección viral	Fatiga extrema, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, diarrea, sudoración nocturna, susceptibilidad a otras enfermedades.	Igual que en los hombres.



Las causas son muchas: aumento en la actividad sexual, utilización de anticonceptivos orales que no protegen contra estas enfermedades, en lugar de condones, el supuesto de que estas enfermedades se curan con facilidad y la creencia de que sus parejas son inmunes a estas enfermedades.

- **Delincuencia juvenil**

Este problema se presenta mas entre los varones que en las mujeres, se consideran delincuentes juveniles a aquellos jóvenes que tienen problemas con la ley.

No existen características predominantes entre los jóvenes que prediga las conductas ilegales de éstos, (como la clase social, problemas neurológicos, psiquiátricos o abusos físicos o psicológicos) se puede decir que el mejor predictor de delincuencia es la falta de supervisión y disciplina familiar.

- **Las tensiones internas.**

Es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente no se halla preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez.

- **Disolución de la identidad infantil.**

Depende del modelo educativo bajo el cual hayan crecido es como supera el periodo de crisis preadolescente, que abarca entre los trece y los quince.

Si el niño crece en un ambiente ni demasiado rígido, ni demasiado primitivo, este periodo debe ser superado con éxito.

- **Ser y tener.**

Desde el momento en que el niño/a descubren las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva. Se pone de manifiesto en los años de la primera adolescencia.

Los varones se esfuerzan en "tener" (pene, virilidad, casa, coche Las procuraciones de los varones, durante la adolescencia, se centran sobre todo en poseer tener lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad)

Mientras que las mujeres lo hacen en él "ser" (bellas, admiradas).

1.4.2. Los temores masculinos.

Todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o sufrirán. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son su máxima preocupación, a la vez sus máximos temores apuntan a supuestas malformaciones o defectos en lo que suponen es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. La desviación del pene en erección, a la derecha o izquierda, son otro tema estadísticamente sobresaliente entre jóvenes.

1.4.3. Temores femeninos.

La principal angustia de las adolescentes sigue siendo lo físico, el deseo de tener el mejor físico con el objeto de ser deseada.

El desarrollo de sus pechos, el tema importante entre las jóvenes. Si hay que buscar las causas de la preocupación por el tamaño de los senos ya que les preocupa ante todo el tener su cuerpo perfecto y así sentirse deseadas.

Otra gran preocupación de la joven es la menstruación. Este proceso, transforma a la niña en mujer, suele provocar en un comienzo ciertas dudas, que pueden ser aclaradas con una información precisa y adecuada por parte de los padres.

1.4.4. Los conflictos familiares.

Uno de los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares con las fronteras límites, reglas, jerarquías en los aspectos cotidianos, como por ejemplo: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc.

- **El suicidio en los adolescentes**

El suicidio ha tenido un aumento dramático recientemente. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de 15 a 24 años y la sexta en los niños de 5 a 14 años.



Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismos, presión para lograr un éxito y otros miedos mientras van creciendo, en algunos casos el suicidio aparenta ser una solución.

La depresión y tensión son desordenes mentales que se pueden y deben tratar. Muchos síntomas de la tendencia suicida son similares a los de la depresión.

1.5. DESARROLLO INTELECTUAL DE LOS ADOLESCENTES:

A este periodo Piaget lo ha denominado operaciones formales o abstractas y se caracterizan por:

- Capacidad de razonamiento abstracto.
- Aumento en el número de relaciones que se tienen en cuenta en el análisis lógico, es decir, los adolescentes consideran nuevos factores que inciden en un problema.
- Aumentan las manipulaciones nuevas y creativas de los símbolos, siguiendo las leyes de operaciones matemáticas.
- Razonamiento- inductivo- deductivo- los adolescentes no sólo establecen relaciones entre los elementos que componen su objeto de análisis, sino son capaces de relacionarlas con fenómenos previamente explicativos y con ideas y principios generales.
- Proyección hacia el futuro, piensan más allá del presente, elaboran elementos ideas acerca de lo que proviene del pasado.
- Hace referencia al descubrimiento del universo. Permite elaborar alternativas y soluciones para el mundo que les rodea, se vuelven filosóficos y lo cuestiona todo.
- Creen que pueden eliminar la injusticia, el racismo, o el consumismo, es el momento de grandes ideales.

En definitiva, la adquisición del pensamiento formal y la plena madurez intelectual se consigue a través de un periodo más o menos largo en el cual estos logros se van asentando lentamente en interacción con el medio familiar , escuela, grupo de pares y es ya bien entrada la adolescencia cuando queda consolidada la inteligencia adulta.

La capacidad del adolescente para pensar en términos abstractos también tiene ramificaciones emocionales. En edades anteriores, los niños pueden amar a un padre y odiar a un compañero. Ahora el adolescente puede amar la libertad u odiar la explotación. El adolescente ha desarrollado un nuevo modo de vida: lo posible y lo ideal cautivan la mente y el sentimiento⁶.

1.6. AMOR Y SEXUALIDAD.-

1.6.1 Identidad sexual

Uno de los cambios profundos en la vida de los adolescentes es acercarse a las personas del otro sexo para establecer amistad y relaciones amorosas.

Por lo general, la orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia si es consistente sexual y afectivamente con las personas del otro sexo (heterosexual) o con las personas de su mismo sexo (homosexual)

Las actitudes y los comportamientos sexuales son más liberales en la actualidad que en el pasado.⁷

A lo largo de la historia en las diferentes sociedades se ha iniciado a los adolescentes a la vida adulta por medio de los llamados "ritos de pubertad", de carácter principalmente sexual, la finalidad de estos ritos era que el joven o la joven tomará conciencia se la profunda transformación personal que debía realizar para asumir los derechos y las obligaciones de los adultos.

De acuerdo a Horlok (1990) el desarrollo afectivo está vinculado al aspecto sexual y social del adolescente, debido a los cambios físicos internos y externos que se dan en esta etapa. Por otro lado, el desarrollo de la inteligencia también influye en ello⁸.

Hoy la iniciación se dispersa en el tiempo atreves de diversos actos como son el primer cigarrillo, la primera borrachera o el primer beso, entre otros muchos.

La identidad sexual para los adolescentes es todo un proceso de aprendizaje, donde influyen los determinantes biológicos, psicosociales, y las experiencias previas que el chico/a haya tenido. El manejo de la sexualidad no es fácil para los adolescentes, mientras su curiosidad y todos los cambios hormonales lo impulsan hacia ella; las normas culturales, religiosas y familiares los frenan y les inculcan miedo hacia su propia sexualidad que es erótica y placentera.

La primera conducta sexual se tiene lugar en el adolescente es la masturbación, atrevés de la cual se busca la descarga de la tensión sexual es



un comportamiento totalmente normal desde el punto de vista biológico y psicológico, que de forma natural, realizan jóvenes de ambos sexos.

1.6.2. Comprensión e independencia.-

Los adolescentes necesitan ser apoyados por sus padres y los adultos que lo rodean para que sus relaciones se fortalezcan y haya un afianzamiento de la propia personalidad, aquí se intensifica el deseo de emanciparse de sus padres y esto se hace progresivo hasta que resuelve su conflicto entre independencia y dependencia.

1.6.3. Recreación.-

El deporte y la recreación sirven de escape al exceso de energía, fortalecer las amistades y aprende a ganar y a perder.

1.6.4. Orientación profesional y vocacional.-

Puede contribuir mejor a la sociedad, haciendo algo por lo que realmente esta interesado, de acuerdo a sus capacidades y limitaciones.

1.7. SITUACIONES ESPECIALES DE LOS ADOLESCENTES.

Cuando ingresan los jóvenes al mundo adulto, exige una serie de cambios, que en ocasiones se exagera con frecuencia, intensidad y duración, llevando incluso a la rebeldía, timidez y aislamiento.

1.7.1. Rebeldía.-

Es un rasgo típico en esta etapa, se caracteriza por falta de obediencia, se agudiza entre los 14 y 17 años en el área familiar, ha veces se prolonga hasta los 20 años. Todos los adolescentes se rebelan contra sus padres para hacerles tomar conciencia que hay que modificar las reglas familiares a medida que ellos crecen y maduran. Atraves de la oposición y la rebeldía el adolescente fuerza a los progenitores a que negocien con el las prioridades, siendo necesario y normal para aprender a autocontrolarse y empezar abandonar el control parental.

1.7.2. Timidez.-

Es la sensación de impotencia para actuar frente a otra persona, esto con frecuencia, es un temor a obrar por desconfianza en sí mismo y el medio que lo rodea, y por miedo a crear una opinión desfavorable de sí mismo. En esta etapa es más consiente de su timidez.

1.7.3. Aislamiento.-



Es por la timidez y la inseguridad, aquí se considera rechazado por los adultos y por sus compañeros y se aísla llegando a veces hasta la depresión. Además surgen problemas como la deserción del colegio y a su vez puede ingresar a delincuencia juvenil y drogadicción. Son numerosos los factores que se relacionan con este hecho como son los problemas entre padres e hijos, profesores y estudiantes, y baja autoestima.

1.8. NECESIDADES:

Es de primordial importancia las necesidades de los adolescentes, ellos son:

1.8.1. Nutrición.-

En este periodo hay un intenso ritmo de crecimiento y desarrollo, una mala nutrición puede aparecer la obesidad o la desnutrición.

1.8.2. Higiene.-

Aquí muestran un interés por su aspecto personal y la limpieza. La piel y los anexos, glándulas sebáceas, sudoríparas y los órganos genitales necesitan una atención adecuada de higiene.

1.9. RIESGOS EN LA ADOLESCENCIA.

Con lo anteriormente referido vemos como los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo, sobre los cuales debe actuarse.

Los principales factores de riesgo son:

- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- depresión
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a practicas riesgosas
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo ,empleo del tiempo libre y bienestar social
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras



1.10. ASPECTOS POSITIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Es un periodo maravilloso en el que todas las cosas son posibles, comienzan a conocerse a si mismos y la gran mayoría no presenta los problemas que se acaban de mencionar si no que se las arreglan muy bien en esa época.

Existen también los factores protectores de la salud que son determinadas circunstancias, características y atributos que faciliten el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social, se pueden clasificar en:

- **Externos:** una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral.
- **Internos:** autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

1.10.1. LOS FACTORES PROTECTORES DEL ADOLESCENTE SON:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambiente saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del auto -cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.
- Promoción de mecanismos de defensa frente a situaciones traumáticas y de estrés (Resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.

Sí se desea alcanzar un futuro saludable se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual es fundamental el papel de los



adultos y de acciones colectivas de promoción y prevención de salud para otorgarle a este grupo una participación social más activa y protagónica, es decir abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos.

La familia como unidad social primaria ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, a pesar de que la llegada de hijos a la adolescencia se caracteriza por una crisis transitoria, el apoyo de esta es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente esta sometido a varias tensiones. (8)

Las características de la familia en las últimas décadas ha sufrido cambios importantes que están dados esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro de esta ,disminución del número de sus miembros, menor duración de los matrimonios, e incremento de las familias monoparentales .Esto condiciona cambios en su organización y dinámica para dar solución a sus funciones básicas, la familia constituye un sistema de abasto ,en términos de ciclo vital y satisfacción de las necesidades económicas, sociales puede llevar a las nuevas generaciones a desempeñarse satisfactoriamente como adultos.

Le corresponde a la familia garantizar la alimentación, protección, seguridad, higiene, descanso y recreación del adolescente como miembro de esta.



CAPITULO II.

2.1. LA DEPRESIÓN:

La historia

Los trastornos afectivos en niños y adolescentes fueron identificados desde el siglo XVI. En 1621, Robert Burton en su obra sin paralelos, y para todos, recomendada: *The Anatomy of Melancholia*, relacionó los estilos de educación del niño con la tristeza. Muy poco se escribiría más adelante acerca de este asunto crucial por algunos siglos. Posteriormente y no, hasta el siglo antepasado, cuando Kraepelin describió una psicosis maníaco depresivo en un niño de 6 años que los trastornos afectivos, en la edad pediátrica, recibirían atención adicional.

Sin embargo, la existencia de la depresión en niños fue puesta en duda hasta cerca de los años 60s. (Subsecuentemente, yo presenté, por invitación, en Barcelona en el año 1982 mi trabajo: *Depression in Children: The Proteus of Psychiatry* --- II World Congress of Biological Psychiatry).

Pero, antes de que existiera un reconocimiento oficial de la existencia de la depresión en los niños. En 1934, Melanie Klein desarrolló los conceptos de la posición esquizoparanoide y de la posición depresiva como parte del desarrollo psicosexual del niño. Posteriormente, John Bowlby, apoyándose en trabajos etológicos, postuló la teoría del vínculo (*attachment*) afectivo. Éste opina que el periodo más sensible oscila entre los 5 meses y los 3 años de edad y describió las siguientes fases clásicas:

- La fase de protesta al momento de la separación,
- La fase de desesperanza y
- La fase de desvinculación.

Postulando que la experiencia de separación, en el infante, ocasiona respuestas de ansiedad y cólera; mientras que la experiencia de pérdida ocasiona tristeza y depresión en el joven.

En 1965, René Spitz en su libro *The First Year of Life*, identifica dos enfermedades que se producen por privación afectiva: la privación emocional parcial o depresión anaclítica y la privación emocional total u *hospitalismo* --- entidades que pueden llevar al niño al marasmo y muerte.

En el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos, realizado en Estocolmo en 1970, se concluyó que la depresión en la infancia era una entidad psiquiátrica frecuente --- Como resultado, siete años después, se publicó el libro: *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual*



Models, donde se enfoca este problema en la población de niños norteamericanos.

CONCEPTO

Un experto de la OMS dice que depresión, esquizofrenia y psicosis podrían ser las "pandemias psicológicas del futuro" del mundo globalizado, donde el aumento de la violencia gratuita, el creciente consumo de drogas, el incremento de los suicidios y nuevas patologías como la adicción a Internet o al móvil, dibujan un panorama en el que "por falta de valores y cohesión social", los jóvenes están "sustituyendo la protesta colectiva, la huelga, por la baja laboral".

Así opina el psiquiatra Manuel Desviat, director del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid), miembro del grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Salud Mental, quien explicó a Europa Press que todos estos factores se "entrecruzan" para construir un perfil de joven que aparece "cada vez más" en la sociedad y que puede ser quien sufra estas patologías.

La depresión puede ser también una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con éste, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres.

Igualmente puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos estresantes.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes, debido a que su comportamiento normal se caracteriza por altibajos en el estado anímico. Estos estados de ánimo pueden alternar en periodos de horas o días.

La depresión anímica persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, la drogadicción y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer, pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, comienza de manera muy diferente a estos síntomas clásicos.



El hecho de dormir mucho, un cambio en los hábitos alimentarios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.

La depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad.

En grupos de discusión conducidos por el Instituto Nacional de Salud Mental para determinar el grado de conciencia sobre la depresión, los hombres describieron sus propios síntomas de depresión sin darse cuenta que estaban deprimidos. Notoriamente, muchos no estaban conscientes que los síntomas "físicos", como los dolores de cabeza, trastornos digestivos, y dolor crónico, pueden estar asociados a la depresión.

Además, los hombres expresaron preocupación de consultar con un profesional de salud mental, o de visitar una clínica de salud mental, por que pensaron que la gente se iba a enterar y esto podía afectar la seguridad en el empleo, el potencial de promoción o los beneficios del seguro de salud. Ellos temían que el ser clasificado con un diagnóstico de una enfermedad mental le costaría perder el respeto de la familia y amigos, o la reputación en la comunidad.

Entre las causas y motivos señalados con mayor frecuencia como factores etiológicos de la depresión, puede establecerse varios grupos que van desde aquellos de naturaleza más estrictamente biológica (genéticas, sintomáticas) hasta de naturaleza psicológica y psicosocial.

La Depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV); para el Dx del trastorno depresivo, el individuo debe cumplir criterios:

- a) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa:
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio individuo o la observación realizada por otros.



2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores cada día observable por los demás.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión casi cada día.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico.
- b) Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- d) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad.

Según el manual de diagnóstico del CIE-10, se ven varios episodios a saber:

Episodios depresivos DSM-IV

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas,

una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

2.1.1. Tipos de depresión:

Del mismo modo se puede decir que existen tipos de depresiones.- Según Robins, las depresiones se dividen en dos grandes grupos:

- **Primarias:** Son aquellas que no están relacionadas con ninguna patología física o psíquica, en ellas es común hablar de antecedentes afectivo.
- **Secundarias:** en estas, el síndrome depresivo está relacionado a otra psicopatología o a enfermedades somáticas más o menos sistematizadas.
 - a) Accesorias a otra psicopatología: aquí se puede mencionar a las depresiones asociadas a la esquizofrenia, a los trastornos de ansiedad, al alcoholismo y otras farmacodependencias, y también puede incluirse en este sitio a los síndromes orgánico-cerebrales, aunque por supuesto, estos tienen también una base somática.

Subsiguientes a enfermedades somáticas: la depresión puede presentarse en muchos trastornos físicos, como enfermedades neurológicas, neoplasias, endocrinopatías, enfermedades metabólicas, cardiocirculatorias.

2.1.1.1. Depresión en los adolescentes

- La depresión afecta el 4% de adolescentes, y puede influenciar a gente a través del espectro socioeconómico. Sin embargo, las muchachas sufren la depresión en 2 veces el índice de muchachos, una razón de la depresión en muchachas adolescentes puede ser que los orientan más a la parte social, más dependiente en relaciones sociales positivas, y más vulnerable a las pérdidas de relaciones sociales que los muchachos.

La depresión puede ser desencadenada por cualquier cambio de vida estresante - incluso si es un cambio que elige asumir, como estudiar o no estudiar, el enamoramiento, etc. Para muchos adultos jóvenes, estos cambios el primer que hayan experimentado Los adolescentes se encuentran en una fase de transición de la vida, enfrentando problemas.

1. Los estudios epidemiológicos de trastornos depresivos en niños y adolescentes, han mostrado resultados dispares. Posibles explicaciones son: los diferentes tipos de población estudiados, la falta de acuerdo

para definir depresión (síntoma, síndrome o trastorno) y la falta de concordancia para establecer los criterios diagnósticos.

2. En niños preescolares la prevalencia de DM (Depresión Mayor) es del 1%, mientras que en niños escolares alcanza una frecuencia cercana al 2%. En los adolescentes se encuentra un aumento significativo de la ocurrencia de depresión mayor. En este grupo se observó además mayor aparición en el sexo femenino. Otros investigadores han demostrado alta co-morbilidad depresiva con otros trastornos psiquiátricos como son los problemas de ansiedad, de conducta (TC), y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.

- **Los síntomas de depresión en los adolescentes**

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», y se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento.

Los adolescentes no necesitan «razones de peso» para deprimirse. En apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no tienen consolidada su identidad y son severos críticos de sí mismos.

La depresión parece presentarse con mayor frecuencia en familias con problemas maritales, en las que el adolescente tiene más dificultad de establecer su identidad (Revista del IX Congreso Nacional de Medicina General), aunque es importante recordar que cada adolescente es único en la forma que responde al ambiente que lo rodea, no sólo al ambiente familiar sino al escolar y con los amigos.

La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes no son asimilados en forma adecuada por algunos de ellos, lo cual les genera depresión. Adolescentes sometidos a abuso sexual y/o con problemas de orientación sexual (homosexualidad) pueden presentar también un cuadro depresivo. Cerca de los 14 años, las adolescentes tienen el doble de probabilidades de entrar en un cuadro depresivo.



El adolescente promedio manifiesta aburrimiento, pérdida de interés, desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía (poco interés) ante situaciones que de lo contrario serían atractivas. Es muy factible encontrar comportamientos más bien agresivos, descalificadores y desafiantes que de tristeza o abatimiento como tales.

Los padres con frecuencia notan en ellos bajo rendimiento académico, irritación constante y problemas para dormir. En los casos más severos de depresión, los jóvenes pueden comenzar a pensar en el suicidio. Muchos de los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como «accidentes» de severidad considerable, como en las muertes que ocurren como resultado de conducir vehículos automotores a exceso de velocidad, en ocasiones bajo el efecto de drogas o por el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes deprimidos, tal como se comentó anteriormente.

Es importante tener siempre presente el tiempo en el que se han presentado los síntomas. Si el adolescente presenta ideas suicidas, falta de apetito y falta de interés en toda actividad social durante más de 2 semanas, se debe estar muy alerta. Tienden a aislarse y a tener ideas suicidas por los sentimientos de culpa y de incapacidad para afrontar la vida diaria. La depresión en el adolescente envuelve más problemas interpersonales y de baja estima que la depresión en el adulto.

En algunos casos se puede confundir este comportamiento alterado con el síndrome de falta de atención, agresividad, hiperactividad, desórdenes de la alimentación, problemas del sueño, cuando en realidad la enfermedad de fondo es la depresión.

Es parte de nuestra labor como intervencionista el estar con los ojos muy abiertos para detectar este tipo de sintomatología en los adolescentes, para poder brindarles la mejor y más pronta orientación y que así puedan recibir la atención adecuada.

La depresión puede presentarse de la forma tan variada como individuos la padecen. La gravedad. La intensidad, las consecuencias...., varían de una persona a otra. Pero existen una serie de síntomas característicos:

La conducta taciturna y melancólica, los sentimientos de vacío y desesperanza, la subvaloración de sí mismo, , la visión pesimista de la realidad actual y del futuro, los ataques intempestivos e inexplicables de llanto, el aburrimiento, la pérdida de interés en actividades que antes despertaban su entusiasmo, la preocupación, los enfrentamientos con la familia, las alteraciones en la alimentación, el insomnio, las somatizaciones, trastornos digestivos, el aislamiento social, la hiperactividad, déficit de



atención irritabilidad, agresividad directas o indirectas, terquedad, destrucción disimulada de objetos del hogar, comportamientos autodestructivos, y las alucinaciones al suicidio. Debemos alertarnos cuando encontramos varios signos en un mismo adolescente.

Se puede agrupar en cinco grandes apartados:

1. **Síntomas anímicos.**- la tristeza, el abatimiento, la pesadumbre, o la infelicidad. En algunos casos también se manifiesta con un tipo de irritabilidad y de nerviosismo.
2. **Síntomas motivacionales y conductuales.**- las características principales es la amhedonia o disminución en la capacidad de disfrutar las cosas.
3. **Síntomas cognitivos.**- la persona deprimida tiene dificultades para concentrarse, para atender, y memorizar, posee una posición pesimista de sí misma, de lo que le rodea y de su futuro.
4. **Síntomas físicos.**- entre los 70 y 80 por ciento de las personas deprimidas tiene problemas de sueño (insomnio o somnolencia excesiva). Asimismo, es posible que existan otras molestias como cefalea, náusea, vómito.
5. **Síntomas interpersonales.**- las relaciones de la persona deprimida de van deteriorando , en parte por la falta de interés que ésta demuestra por estar con los demás y en parte por el rechazo que provoca en la gente este tipo de comportamiento²⁰

CAPITULO III.

3.1. DROGAS

3.1.1. Epidemiología del consumo de drogas.-

El mundo adelanta a pasos agigantados, generando diferentes cambios, uno de ellos es el consumo de drogas, el cual viene mostrando otros matices y nuevas tendencias, entre ellas destacan el tipo de sustancia consumida, la edad de inicio, las características de los consumidores, los patrones de consumo, la dependencia adquirida a edades cada vez más tempranas, etc.¹⁹

Haciendo hincapié en las características del grupo de adolescentes en que se presenta la enfermedad, la epidemiología describe los factores de riesgo, identifica de cada uno de estos y atiende al espacio en que se desarrolla y al tiempo en que se manifiesta, para luego identificar los factores condicionantes al problema que es sujeto de estudio.

Además tiene la capacidad de construir escenarios en el futuro; es decir, desarrolla la capacidad predictiva por medio de modelos fundamentados en los resultados de la etapa analítica; esta atribución es una herramienta de gran utilidad en el estudio de consumo de sustancias y sus consecuencias²⁰

Una de las primeras aplicaciones epidemiológicas fue conocer la relación entre el hábito de fumar y la prevalencia de algunas enfermedades, como el cáncer pulmonar, otra destacada contribución ha sido respecto a las investigaciones asociadas al alcohol, en las cuales ha contribuido mediante la asociación de las variables biológicas, familiares o sociales y la disponibilidad de la sustancia; con relación a las drogas ilícitas, esta disciplina viene siendo utilizada estratégicamente en el conocimiento de los factores que determinan la demanda de su consumo²¹.

3.1.2. Personalidad y consumo de drogas.

En la literatura científica encontramos reportes que indican la cierta asociación entre los trastornos de personalidad y el consumo de drogas con riesgo a desencadenar una adicción. Según el DSM IV, se define los trastornos de personalidad como "un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se apartan acusadamente de

las expectativas de la cultura del sujeto". Entre los más prevalentes asociados al abuso de sustancias tenemos:

- Factores personales
- Factores del entorno próximo
- Factores ambientales globales

3.1.3. Factores personales

Hay una serie de rasgos de personalidad que hacen más vulnerable a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de las sustancias psicoactivas. Características tales como: inconformismo social, baja motivación para el rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tolerancia a la desviación, tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia,...). No existiendo una "personalidad" propia del drogodependiente, en general sí se afirma que individuos con problemas de socialización, baja tolerancia a la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata, que carecen de habilidades comportamentales para enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad, es decir, con un retraso en su desarrollo personal (sujetos con bajo nivel de autocontrol, baja autoestima, baja autoconfianza), son personas claramente identificables como de "alto riesgo".

Jóvenes con retraimiento social, con déficits en habilidades sociales, personas denominadas tímidas, con dificultad para el contacto social, pueden recurrir por ejemplo al alcohol u otras drogas para desinhibir su conducta en una reunión social, siendo el primer paso a una dependencia. Del mismo modo, jóvenes muy influenciables son más vulnerables cuando las personas significativas que les rodean consumen alcohol u otras drogas, al actuar la imitación o elementos de integración en el grupo. El distrés emocional causado por una imagen negativa o una baja autoestima, la depresión, el aislamiento social han sido propuestos como variables potencialmente asociadas con el consumo de drogas.

3.1.4. Factores del entorno próximo (micro social)

Cada joven tiene un entorno interpersonal y social que es único y comprende a sus padres, hermanos, compañeros y otros adultos importantes para su vida y desarrollo. En el contexto familiar se pueden dar circunstancias y ciertos factores que favorezcan el acercamiento de los jóvenes al consumo de drogas.



El joven está continuamente expuesto a modelos que presentan una conducta adictiva. El consumo por los padres y profesores de drogas legales: tabaco, alcohol y fármacos es motivo de observación por los hijos o alumnos; por imitación se adopta la tendencia a consumir drogas, aprendiéndose a que éstas son consideradas una solución siempre que surge algún tipo de problema. Los intereses y las expectativas de los compañeros contribuyen en gran medida a determinar que una persona ensaye o no una droga causante de dependencia. La mayoría de jóvenes consumidores de drogas, las obtienen de personas de su edad y no de adultos. El deseo de integrarse en el grupo y de tener intercambio social dentro de él puede dar por resultado que se inicie y se mantenga el uso de drogas si algunos miembros influyentes de ese grupo son consumidores intermitentes o habituales.

La falta de comunicación real entre padres e hijos hace que éstos se distancien poco a poco del entorno familiar, al no encontrar allí respuesta a sus problemas. La falta de dedicación de los padres a la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación, son, sin duda, factores generales relacionados con la educación que devienen en una inadecuada formación de los jóvenes.

Otras pautas incorrectas de educación son: actitudes de sobreprotección o actitudes rígidas. Estos factores desencadenantes suponen que se produzca falta de diálogo en la familia, diversos tipos de carencias afectivas y un clima que no favorece el crecimiento personal, con falta de independencia y de capacidad para afrontar situaciones problemáticas.

Son muchas las investigaciones que han llegado a establecer una relación clara entre consumo de droga en adolescentes y bajo rendimiento académico, alto grado de absentismo, abandono escolar, bajos índices de actividades extraescolares y escasas aspiraciones educativas. Una escuela que no responda a las necesidades educativas de sus alumnos está contribuyendo en cierta forma al consumo de drogas. La escuela genera muchas veces trabas al desarrollo personal y social del joven, sin poner a disposición de las mismas oportunidades para la resolución de sus problemas. La rigidez de las estructuras escolares y su no adecuación a las necesidades individuales causan en los adolescentes con problemas el rechazo de la escuela y de sus contenidos.

La falta de alternativas en el tiempo de ocio de los jóvenes se traduce en grandes dificultades para éstos de no verse abocados en el tiempo libre a bares, discotecas. El agravamiento de una situación personal es bastante común en comienzo del consumo en los jóvenes.

3.1.5. Factores ambientales globales

Asistimos a una creciente medicalización de los problemas humanos. La medicación, "la pastilla", constituye la solución mágica de todo tipo de problemas. Se genera así un hábito farmacológico con uso abusivo del medicamento. Los niños están acostumbrados a observar cómo sus padres acuden al fármaco como solución a cualquier desajuste personal; siendo sencillo generalizar el culto del fármaco al uso de las drogas.

El drogodependiente es siempre víctima de una situación social determinada. Los seres humanos a través de su comportamiento buscan la adaptación a su medio. En la adolescencia se facilita la conducta de probar.

3.2. Consecuencias que traen las drogas

- a) **Físicos:** fatiga, quejas continuas acerca de su salud, ojos enrojecidos y sin brillo y una tos persistente.
- b) **Emocionales:** cambios en la personalidad, cambios rápidos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, poco amor propio o autoestima, carencia de juicio, depresión y una falta general de interés.
- c) **Familia:** el comenzar argumentos, desobedecer las reglas, el retraerse o dejar de comunicarse con la familia.
- d) **Escuela:** interés decreciente, actitud negativa, faltas al deber, calificaciones bajas, ausencias frecuentes y problemas de disciplina.
- e) **Problemas Sociales:** amigos nuevos a quienes no les interesan las actividades normales de la casa y de la escuela, problemas con la ley y el cambio hacia estilos poco convencionales en el vestir y en la música.

3.3. Definición de droga.

Según el Diccionario de Medicina Océano Mosbi (1996), droga es una sustancia estupefaciente.

La Enciclopedia Larousse de Enfermería (1994), define drogas como toda sustancia natural o sintética que, introducida en el organismo humano por



cualquier vía, actúa sobre el sistema nervioso central provocando alteraciones psíquicas y, a menudo, también orgánicas.

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como "toda sustancia, que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por el impulso a tomar una o más sustancias de un modo continuado y periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta". De esta manera droga viene a ser sinónimo de fármaco, y Así continua utilizándose en la literatura inglesa.

En 1982, la OMS declaro como droga de abuso "aquella de uso no medico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de animo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada".

El término "toxicomanía" proviene del griego "toxicon", que significa "veneno", y del latín "manía", que sería algo así como una locura caracterizada por delirio y agitación. Es decir, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno.

El Comité de Expertos de la Sociedad de las Naciones, en 1957, pronunció que la toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica, provocada por el empleo reiterado de ciertas sustancias tóxicas.

En el orden clínico, los franceses Antonine y Maurice Porot, definen: la toxicomanía es una apetencia normal y prolongada manifestada por ciertos sujetos hacia sustancias tóxicas cuyos efectos analgésicos, euforísticos o dinámicos han conocido accidentalmente o buscado voluntariamente; apetencia que se ve convertida en hábito tiránico y comporta, casi inevitablemente, un aumento progresivo de la dosis.

La ley 23.737 (promulgada el 10 de octubre de 1989), que es la que rige en nuestro país en materia de estupefacientes, en su art. 40, otorga definición pragmática del término "estupefaciente": "El término "estupefacientes" comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que la autoridad sanitaria debe elaborar a este fin, y actualizar periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo Nacional".

En síntesis las drogas son sustancias que al ser introducidas en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste, alteran el estado

psíquico y a veces físico, que se caracteriza por cambiar el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar la droga en forma continuada o periódica.

3.4. CLASIFICACION DE LAS DROGAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA

Se han clasificado para su estudio con variedad de criterios, pero el siguiente se ajusta a los efectos más notorios que producen en el organismo de la mayoría de los usuarios.

Depresivas: efecto de reducir la ansiedad e inducir al sueño. Producen dependencia física y psicológica. Alcohol, barbitúricos, metahqualona, glutetímide; tranquilizantes menores como Diazepam (Valium), Chordiazepoxide (Librium); tranquilizantes mayores como Phenothiazinas (Largactil), Thioridazine (Mellarel), Thifluoperazine (Stelazine).

Estimulantes: Efecto de incrementar el estado de alerta y actividad. Producen tolerancia, gran dependencia psicológica y un grado mediano de dependencia física. Anfetaminas, Nicotina, Cafeína, Cocaína.

Alucinógenos: Efecto de sensaciones, emociones, alucinaciones y cambios en la percepción. Producen tolerancia y dependencia psicológica. Ácido D-lisérgico (LSD.), Marihuana, Mescalina, Dimetyltriptamina (D.M.T.), Dimetoxi-4-Methilanfetamina (S.T.P.), Phencyclidine hydrochloride (P.C.P.)

Opiáceos: Efecto narcótico y analgésico. Producen tolerancia y dependencia física y psicológica. Morfina, Heroína, Codeína, Meperidina (Demerol), Methadona.

Volátiles: Efecto depresor del Sistema Nervioso Central. Producen tolerancia y dependencia psicológica. Pegamentos, gasolina, espuma extintora de fuego, desodorantes en aerosol, soluciones limpiadoras de metales.

3.4.1. Las drogas y el deporte

El uso de algunas drogas para "mejorar" el rendimiento deportivo es un problema bastante usual. Las drogas medicamentosas más utilizadas son las de tipo esteroides anabólicos con fines no terapéuticos

Drogas utilizadas en el deporte

- **Esteroides anabólicos.** Incrementa la masa muscular y la fuerza.
- **Corticoesteroides.** Incrementa la agresividad y reduce la fatiga y el dolor.



- **Diuréticos.** Reducción rápida de peso y eliminación de otras drogas.
- **Estimulantes.** Incrementan la alerta y retardan la fatiga
- **Analgésicos narcóticos.** Eliminan el dolor e inducen sensación de calma.
- **Beta bloqueantes.** Bajan la frecuencia cardiaca y detienen los movimientos corporales.

3.5. VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS.

Hay cinco vías de administración a saber:

- **La oral**, en forma de ingestión, mascado o sublingual. Es la vía mas utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, y en la actualidad drogas de diseño. Es la única vía de consumo de alcohol.
- **La pulmonar**, la sustancia puede ser inhalada o fumada. Esta vía es característica de la nicotina (tabaco), del cannabis y del crack.
- **La nasal**, requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada). Es la vía más utilizada para consumir cocaína. Aunque, prácticamente todas las drogas pueden esnifarse.
- **La rectal o genital**, aplicaciones de la sustancia sobre la mucosa anal o genital. Es una vía utilizada en el consumo de cocaína y también de heroína.
- **La parenteral**, significa tener que utilizar una jeringuilla como utensilio imprescindible para la administración de la droga. La vía intravenosa junto con las vías intramuscular y subcutánea son las tres formas de administración parenteral.

3.6. EFECTOS DE LA DROGODEPENDENCIA.

- **Reacciones antisociales.**

El drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla, Así son frecuentes los hurtos, incremento de la agresividad, tráfico legal, homicidios, prostitución, y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc.

- **Reacciones de déficit de actividad.**

Con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o perdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, etc.

- **Infecciones y disminución de las defensas.**

La administración de drogas por vía intravenosa sin asepsia, puede dar lugar a cuadros infecciosos, hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y nicóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etc.

- **Peligro de sobre dosificación.**

Existe peligro, especialmente en los drogodependientes a opiáceos (heroína) por vía endovenosa, cuando se inyectan la dosis máxima de una fase anterior, después de un periodo de abstinencia. La dosis elevada "normal" en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un periodo sin consumirla y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria. A veces se denomina impropriamente muerte por sobredosis a la producida por intoxicación debida a las mezclas fraudulentas con las que se suele "cortar" la droga (estricnina, quinina, talco, polvo de ladrillo, etc.)

- **Riesgo de escalada.** Cuando se empieza el consumo de drogas blandas (derivados del cáñamo y las sustancias alucinógenas) o de sustancias legales como el alcohol, existe riesgo comprobado de la escalada a drogas mas activas y con mayor capacidad de producir dependencia (heroína, cocaína).

- **Efectos tóxicos específicos.** Son los característicos de cada droga. Trastornos mentales inducidos. El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos mentales, y cuando esto sucede, y se estima que la clínica es un efecto directo de la sustancia, se diagnostica trastorno inducido por sustancia por sustancia.

Droga de abuso: Se aplica este término a aquellas sustancias psico-activas con acción reforzada positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica, o ambas y que ocasionan en muchos casos grave deterioro, psíquico orgánico y de conducta social.

Consumo ocasional:

No tiene transcendencia, "lo pruebo una vez y no repito".

Uso o consumo circunstancial:



Es un consumo que puede repetirse si se dan las circunstancias adecuadas, y puede ser el inicio de una dependencia.

3.6.1. Abuso:

Se refiere a "cualquier consumo de droga que pueda producir daños físicos, mentales o sociales"

3.6.2. Habito:

Es la costumbre de consumir una sustancia sin poder prescindir de ella por haberse adaptado a sus efectos.

3.6.3. Dependencia:

En 1982 la OMS la define como "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente más importantes, se puede considerar desde el aspecto físico y del mental. A ese concepto la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS-IV) añade el aspecto social.

- **Adicción:**

Es una forma grave de dependencia

- **Tolerancia:**

La presencia regular en el organismo de una sustancia hace necesaria una dosis cada vez mayor para obtener los mismos efectos.

3.6.4. Tipos de dependencia.-

La dependencia puede ser **física y psicológica**, la primera hace referencia al estado de adaptación del organismo, caracterizado por la necesidad de lograr determinados niveles de sustancias con el fin de poder evitar el llamado síndrome de abstinencia. En la dependencia psicológica aparece un deseo imperioso de utilizar repetidamente la sustancia.

3.6.5. Síndrome de abstinencia.-

Derivado de la dependencia o alguna sustancia psicoactiva se presenta en los psíquicos y físicos que aparecen al retirar o disminuir el consumo de una



determinada droga, de la que se ha generado algún grado de dependencia. Cada sustancia da lugar a un concreto síndrome de abstinencia, con signos propios y de determinada gravedad. Sin embargo, estos síntomas son incentivos a veces poderosos para que una persona siga consumiendo.

3.7. EFECTOS DE LAS DROGAS

Se seguirá la descripción del Plan Nacional de Drogas:

3.7.1. CANNABIS

Su principio activo es el tetrahidrocannabinol (THC), comercializándose con el nombre de hachís el derivado procedente de la resina almacenada en las flores hembra originando una pasta marrón que recuerda al chocolate, con un contenido en THC del 10%-20%.

Conociéndose con el nombre de "porro", "petardo", "costo", "chocolate", "peta". "hierba", etc.

En su mayoría se utiliza fumada.

Efectos fisiológicos:

Aumento de apetito, ojos brillantes y enrojecidos, sudoración, taquicardia, somnolencia, mala coordinación motora.

Efectos psicológicos:

Relajación, desinhibición, sensación de lentitud, alteraciones sensoriales, dificultades para hablar, memorizar, aprender o concentrarse, hilaridad.

Riesgos:

Al almacenarse en tejidos grasos como el cerebro, tiene una vida media larga, por lo que a los 7 días de su consumo se mantiene en el cuerpo el 50% del principio activo, tardando dos meses en la eliminación total, lo que producirá un alargamiento de los efectos descritos que van a interferir en la vida normal del consumidor. Se describen en ocasiones crisis de pánico y ansiedad y varios estudios afirman que los consumidores de esta sustancia presentan con más frecuencia que otros grupos de control esquizofrenia. El 10% acaban con síntomas de abstinencia-dependencia. La mitad de los casos que precisan desintoxicación en menores de 19 años son por el cannabis.

3.7.2. COCAINA

Tras diversas manipulaciones se obtienen estos derivados:

Clorhidrato de cocaína, la forma mas conocida en Europa que se consume esnifada, pero puede inyectarse, y se conoce con los nombres de "nieve", "harina" o "perico".

Sulfato de cocaína, también llamada basuko o bazooka que se fuma mezclada con tabaco o marihuana, o se inhala. Contiene un 40 %-85% de sustancia activa.

Cocaína base o crack poco soluble en agua, pero muy volátil y resistente, lo que permite que puede fumarse calentándola sobre papel de aluminio⁵ e inhalando los vapores("chinos"). Contiene entre el 35%-95% del clorhidrato de cocaína empleado.

Efectos fisiológicos:

Resistencia a la fatiga, insomnio, inapetencia, aumento de la presión arterial.

Efectos psicológicos:

Locuacidad, hiperactividad, aumento de la libido, euforia, mayor sociabilidad, aceleración mental.

Riesgos:

Depresión, ideas paranoides, gran dependencia psíquica, fenómenos de rebote a la supresión en forma de depresión, irritabilidad o letargia. Perdida de apetito intensa, perforación del tabique nasal, cardiopatía isquémica, infartos cerebrales.

3.7.3. DROGAS DE SÍNTESIS

Conocidas popularmente como éxtasis son derivados de algunas anfetaminas sintetizadas a finales del siglo XIX, presentadas en pastillas de formas y colores diferentes. Son entactógenas y empatógenas favoreciendo el contacto y la sociabilidad.

MDMA (metilendioximetanfetamina) llamada "Adán". La mas habitual

MDA (metilendioxianfetamina) conocida como "droga del amor".

MDEA (metilendioxietilfetamina) llamada "Eva".

DOM (dimetoxianfetamina) conocida con STP, "serenidad, tranquilidad y paz".

A este conjunto de sustancias se las denomina también "Drogas Club".

Efectos fisiológicos:

Sudoración, taquicardia, sequedad de boca, temblores, contracciones de la mandíbula, hipertermia, deshidratación, arritmias, hipertensión.

**Efectos psicológicos:**

Inquietud, euforia, locuacidad, desinhibición, aumento del deseo sexual, incremento de la autoestima, empatía, sociabilidad, agobio.

Riesgos:

Crisis de ansiedad y de pánico, alteraciones psicóticas, hipertermia, depresión, convulsiones, insuficiencia renal, coagulopatías, insuficiencia hepática, trombosis e infartos.

GHB

Se la llama incorrectamente "éxtasis líquido" ya que no tiene nada que ver con el éxtasis MDMA. Corresponde a gamma-hidroxibutirato y apareció en el mercado español en 1996. Es una droga euforizante, ansiolítica y que en cierto modo se parece al alcohol, al cual asocia muchas veces, originando cuadros muy graves que pueden llevar al coma o a la muerte pasando por hipotermia, alucinaciones, confusión mental y trastornos respiratorios.

3.7.4. ANFETAMINAS

Tienen una larga historia hasta que en 1983 se reguló su uso

Efectos fisiológicos:

Taquicardia, insomnio, sequedad de boca, sudoración, hipertensión, pérdida de apetito, contracciones mandibulares.

Efectos psicológicos:

Verborrea, grandiosidad, euforia, agitación, mejora de la autoestima, agresividad, alerta y vigilancia muy altas.

Riesgos:

Depresiones, delirios paranoides, psicosis semejantes a esquizofrenia con delirios y alucinaciones, colapsos, arritmia, hipertensión, alteraciones digestivas.

3.7.5. ALUCINOGENOS

Usados en antiguas civilizaciones con fines religiosos, han pasado a usarse con fines recreativos. Se conocen con el nombre de "ácido" o "tripi" del inglés trip, viaje. El más utilizado es la dietilamida del ácido lisérgico, LSD, descubierto en 1938. Rara vez crea dependencia pero sí una rápida tolerancia

precisando dosis cada vez mayores, hasta un límite, de modo que a los 4-5 días de consumo seguidos deja de hacer efecto por mucho que se tome(6).

Efectos fisiológicos:

Taquicardia, hipotensión, descoordinación motora, hipertermia, midriasis.

Efectos psicológicos:

Alucinaciones, delirios, euforia, confusión mental, alteración de la percepción incluyendo la propia autoimagen, hipersensibilidad sensorial.

Riesgos:

Intentos de suicidio, reacciones de pánico, "mal viaje", reacciones psicóticas, reaparición de alucinaciones sin que se haya consumido la sustancia, flash-back, o trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.

3.7.6. PEGAMENTOS INHALADOS

Son usados especialmente por adolescentes marginales .Un hidrocarburo contenido en el pegamento, tolueno, se absorbe y llega al cerebro donde produce una destrucción de la mielina neuronal.

Efectos fisiológicos:

Olor característico en su ropas y aliento, secreción nasal excesiva, ocasional lagrimeo, incoordinación muscular, astenia, distarfa, leves temblores.

Efectos psicológicos:

Altera el estado de ánimo y evade la realidad, induciendo un estado de confusión hacen que, en oportunidades, se los defina como "delirantes". Embriaguez, lenguaje farfullante, secreción nasal, cefaleas, sensación de entumecimiento, etcétera.

Riesgos:

A pesar de la apariencia inocua en este tipo de sustancia, existe, en su inhalación, un serio riesgo de muerte

3.7.7. Alcoholismo.

"El consumo de alcohol en exceso comienza en la adolescencia, y si no es tratado con rapidez puede conducir a estados de salud no deseados".

Causas y efectos:

De acuerdo con los datos que relevamos, algunas de las causas por las que los adolescentes comienzan a beber alcohol son:

Por: probar, diversión, placer, para liberarse de sus problemas, por que está de moda, para embriagarse, para "quedar bien", para sentirse parte de un grupo, Entre otras

Depende de la personalidad, el contexto social en el que viven, depresión, su historial familiar de abuso de sustancias alcohólicas, su poco amor a si mismo y su pensamiento de que están aislados de la sociedad.

El problema es que empieza como una diversión o una solución a distintos problemas, y se vuelve un hábito continuo que provoca distintos efectos. Estas consecuencias pueden dividirse en dos: efectos a corto plazo o efectos a largo plazo.

Efectos a corto plazo:

- **Psicológicos** (en función de la dosis): efecto antiestrés, desinhibición, euforia, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, descoordinación.
- **Orgánicos** (depende de la cantidad de alcohol presente en sangre, medida en gramos por litro de sangre) disminución de reflejos, dificultad en el habla y en coordinar movimientos, pérdida del control de las facultades superiores, visión doble, apatía y somnolencia, coma, muerte por depresión respiratoria y vasomotora.

Efectos a largo plazo:

- **Psicológicos:** dependencia psicológica, disminución de la memoria, dificultades cognitivas, demencia.
- **Orgánicos:** trastornos digestivos (gastritis, úlcera), hepatitis y cirrosis, tumor de boca, faringe y esófago, problemas cardiacos, trastornos en sistema nervioso y daños cerebrales, dificultades sexuales, depresión y otros trastornos psiquiátricos , tolerancia (el cuerpo se acostumbra y hace falta beber más para conseguir los mismos efectos), dependencia (cuando se bebe demasiado durante un tiempo, el cuerpo necesita seguir tomándolo, la persona se



encuentra mal sin alcohol), síndrome de abstinencia (nauseas, vómitos, temblor, ansiedad, taquicardia, hipertensión arterial, delirio, alucinaciones y convulsiones).

Además, el consumo de alcohol durante el embarazo puede causar problemas en el desarrollo del feto, produciendo el llamado síndrome fetal del alcohol.

Los adolescentes empiezan a beber a la edad aproximada de 13 o 14 años. Esto es porque es la edad en que empiezan la secundaria y cambian sus amistades y sus modos de ver la vida. Las bebidas más comunes que éstos ingieren son: cerveza, vino, vodka, champagne, whisky, licores y mezclas de refrescos y alcohol, entre otras.

El alcohol en los menores produce más consecuencias indeseadas que en los mayores de edad, porque están más desarrollados y capacitados para ingerir alcohol. En los mayores tampoco es conveniente beber alcohol por sus efectos.

3.8. Relación entre el alcohol y la droga

Creer no es fácil, y los adolescentes necesitan mentes claras para llegar a ser adultos psicológicamente sanos. Por eso beber en grandes cantidades puede tener efectos graves, tanto más si el organismo del bebedor se encuentra en desarrollo. Debido a la inmadurez psicológica, se tienen dificultades para manejar las emociones producidas por el alcohol.

Considero que los adolescentes no tienen noticias de este hecho, y eso fue el estímulo para realizar este trabajo.

El propósito de la adolescencia no es borrar el pasado sino immortalizar lo que este tiene de valioso, y despedirse de aquellos aspectos que obstaculizan la plena realización de las potencialidades. Es por esto que es común que los jóvenes realicen sus actividades hasta los extremos.

Por ejemplo, las salidas de los fines de semana hasta altas horas de la noche acompañadas del consumo de alcohol. Esto es así porque buscan maneras de sentirse vivos, de immortalizar las vivencias. Pero muchas veces toman decisiones sin evaluar las consecuencias, inmediatas o a futuro.

Kaplan reseña una serie de opiniones que resumen bien los rasgos típicamente atribuidos a la adolescencia: "los adolescentes, esas criaturas patéticamente susceptibles y vulnerables, apasionadas e impulsivas, totalmente sexuales y



monstruosamente egocéntricos, son en realidad, ávidos buscadores de autenticidad moral".

Existe también la posibilidad de que la persona desarrolle una adicción a su consumo, siendo víctima del alcoholismo. Esta es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva que producen daño cerebral progresivo, y finalmente la muerte.

Se debe apuntar a promover la concientización de los padres sobre el alcohol y sus efectos en los adolescentes, para que, a la hora de tomar, lo hagan responsablemente, por propia voluntad y no por imposición social. De esta forma pensamos que colaboraremos en hacer del adolescente un ser más libre.

Por todas estas razones el alcohol es considerado una droga adictiva. Esto quiere decir que hay muchas maneras de ser adicto a determinadas cosas, lo que pasa es que hay una conducta que es más importante que la misma droga en sí. En el caso del alcohol, el problema es que la adicción se suma a los daños colaterales ya mencionados. Se mueren 20 personas por día en accidentes causados por el alcohol. No hay ninguna epidemia que genere tantas muertes. Si bien, no es una droga dura, como la cocaína y demás, puede dar pie a ellas.

3.9. Comorbilidad depresión, drogas y familia.

En el ámbito de la indagación psicológica y psiquiátrica sobre las toxicodependencias podemos individualizar tres factores principales de observación:

- El estudio de la personalidad del toxicómano y de su psicopatología básica;
- El estudio de la familia del toxicodependiente;
- El estudio de los tratamientos.

➤ Los estudios sobre la personalidad

Se pueden individualizar dos modalidades diversas de observación en los estudios relativos a la personalidad del toxicómano: la primera pertenece a las experiencias hechas por los psicoanalistas en los cursos de procesos psicoterapéuticos individuales, la segunda concierne a indagaciones psiquiátricas más o menos amplias de los casos examinados (con o sin grupo de control) a través de instrumentos diagnósticos estandarizados (pruebas,



cuestionarios, escalas de medición, aplicación de criterios diagnósticos psiquiátricos).

➤ Indagaciones psicoanalíticas.

Las observaciones psicodinámicas tienen un carácter más especulativo, de ello se desprende que los resultados, según la aproximación teórica adoptada, son expresados en términos de mecanismos de defensa empleados por el sujeto, fuerza del Yo.

Las contribuciones del psicoanálisis en el sector de las adicciones hasta los años sesenta estuvieron centradas principalmente en el problema del etilismo, pocos autores documentaron experiencias clínicas con otros tipos de toxicomanías, haciendo entrar, de todos modos, las explicaciones etiopatogénicas dentro de las mismas dinámicas intrapsíquica del alcoholismo y la asociación con los trastornos maniaco-depresivos y al predominio de instintos destructivos.

Freud se ocupó de las toxicodependencias con diversas observaciones, en síntesis, se puede decir que el puso el acento de las características regresivas del comportamiento del toxicodependiente, al que consideró víctima de una fijación en la fase oral del desarrollo y, por lo tanto, incapaz de apartarse de un objeto de amor que lo sustenta y le aplaca el sufrimiento de la necesidad, a causa de la intensificación constitucional de la sensibilidad erógena de la región labial. Si esta sensibilidad persiste, estos mismos niños, de adultos, tendrán un fuerte apego a beber y a fumar.

Rado, un psicoanalista que profundizó en el tema de las toxicodependencias, ha hablado de "orgasmo alimentario", desarrollando el concepto de oralidad como fase psicosexual de fijación de estos pacientes y manteniendo la analogía freudiana entre ebriedad y estado maniaco, al que sigue inevitablemente una fase depresiva, de la que se trata de salir insaturado otro ciclo maniaco.

El objetivo de fondo de la toxicomanía es la construcción de una barrera concreta contra el sufrimiento, este autor divide en tres grupos de los pacientes toxicómanos: el grupo neurótico o maniaco-depresivo, el grupo esquizofrénico y el grupo psicótico.

Rosenfeld, afirma que hay una relación entre toxicodependencia y ciclo maniaco-depresivo, pero no una identidad. Es por la debilidad del Yo que el toxicómano debe recurrir al alcohol o a la droga para echar manos de la reacción maniaca como defensa contra el sufrimiento depresivo, la relación del maniaco-depresivo y el toxicodependiente, es que la droga permite



fantasías de gratificación alucinatoria en función defensiva contra la angustia, a la manera del niño que, chupándose los dedos, alucina la deseada gratificación de la madre ausente. Por este medio se niega o destruye toda situación persecutoria y se refuerza la omnipotencia narcista infantil, estrechamente conectada con la exaltación maniaca.

Rosenfeld, en cambio sostiene, que el toxicodependiente y el deprimido, hay una identificación con un objeto muerto o enfermo, dicho objeto, en este caso, es la droga misma, el consumo de la cual es vivido como la concreta incorporación de este objeto y favorece su identificación. Según el autor, además de los característicos aspectos maniaco-depresivos, los mecanismos de idealización, negación, escisión y proyección (con la relativa debilidad del Yo) quedan así en primer plano en la personalidad del toxicodependiente.

En síntesis, se podría decir que las observaciones de las últimas décadas han desplazado en parte la atención del problema del control de las pulsiones de aproximación y de los instintos destructivos al de las relaciones del objeto y de las identificaciones respecto de la construcción de la identidad.

Olievestein, manifiesta que el futuro toxicodependiente entra en la fase adolescente en una situación de incompletitud que el autor describe, utilizando una metáfora inspirada en las teorías de Lacan y de Winnicott, como derivada de la imposibilidad de superar la fase del desarrollo infantil definida como "fase del espejo". Existe un momento, variadamente localizados en los dos años de vida, en el que el niño comienza a salir de la situación de simbiosis fusional con la madre (en la no existe ninguna diferenciación entre el yo del niño y el de la madre) para percatares de su existencia autónoma separada de la materna. Según este autor, el futuro toxicodependiente ha quedado atrapado en una situación que está a medio camino entre un estadio de espejo alcanzado y un estadio de espejo imposible.

Las indagaciones psiquiátricas

Cleresi, diagnosticaba por la dramaticidad, hiperemotividad e imprevisibilidad, es decir, histriónico, narcisista, antisocial y borderline, comprendiendo síntomas de ansiedad, depresión, fobia, o sea, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad del grupo: evitación, adicto, compulsivo, y pasivo-agresivo.

3.9.1. Los estudios sobre la familia.

Hay diferentes concepciones de fondo de la familia como objeto de estudio.



El joven drogodependiente no depende sólo de las drogas, sino que conserva un estatus de dependencia del núcleo familiar mayor que el resto de los coetáneos sometidos a control.

En casi todas las investigaciones prevalece una concepción del síntoma como funcional a la estabilidad de la pareja conyugal, es decir, la idea es que el síntoma funciona como regulador de la pareja conyugal. Asumiendo un rol "homeostático", en condiciones de distraer la atención de los padres de sus propios conflictos.

Cuando la tensión conyugal aumenta, el hijo introduce en la pareja la información de su malestar, desviando la atención de los conflictos previos y reclamando que sus padres asumen el papel de tales, despojándose de las conflictividades de pareja. De este modo la tensión de dos se transforma en una tensión que opera en un sistema de tres personas, mas estable y reconfortante: cuando la dicción esta bajo control, aparece otra vez los motivos de desacuerdo entre marido y mujer, hasta que se llega de nuevo a una fase crítica en la que se perfila el fantasma de la separación. Es entonces cuando el hijo actúa de regulador de feedback del sistema, ofreciendo a la familia la amenaza de la droga a cambio de mayor estabilidad de la vida conyugal

La familia constituye un grupo humano centrado en la tarea de la crianza y de la inserción social de los hijos, que pueda ser llevada a termino gracias a una equitativa distribución de las funciones y de los roles afectivos maternos, paternos, y del niño. En el caso de la familia del toxicodependiente se asiste, en cambio, a una sobrecarga de valores maternos, que debilitan, por tanto, la función típicamente paterna, de facilitar el distanciamiento de la familia a través de la separación del hijo de la madre, a partir de la fase adolescente, dada por la fusión de los valores paternos con los maternos, por una maternalización de la función afectiva paterna.

CAPITULO IV

4.1. FAMILIA.

4.1.2. Origen y evolución histórica

Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones cuando había escasez de alimentos.

La familia, como la conocemos hoy, tuvo un desarrollo histórico se inicia con la horda; la primera, al parecer, es una forma de vínculo consanguíneo, con el correr del tiempo, las personas se unen por vínculos de parentesco y forman agrupaciones como las bandas y tribus.

- **La horda:** Hombre y mujer se unen con fines de procreación, búsqueda de alimentos y defensa. Sus miembros no tienen conciencia de vínculos familiares y la paternidad de los hijos es desconocida.



El matriarcado: El parentesco se da por la vía materna. La mujer-madre es el centro de la vida familiar y única autoridad. Su labor es cuidar a los niños y recolectar frutos y raíces para la subsistencia; en tanto el hombre se dedica a la caza y pesca. La vida que llevan es nómada.

Continuando con la evolución, las actividades de la agricultura obligan contar con muchos brazos, de allí entonces la necesidad de tener muchos hijos e integrar el núcleo familiar a parientes, todos bajo un mismo techo.

- **El patriarcado:** La autoridad pasa paulatinamente de la madre al padre y el parentesco se reconoce por la línea paterna. Se asocia con el inicio de la agricultura y por consecuencia con el sedentarismo. El hombre deja de andar cazando animales y la mujer se dedica a la siembra y cosecha de frutas y verduras. Se establecen todos juntos en un lugar, hombres, mujeres y niños. Estando asegurada la subsistencia, la vida se hace menos riesgosa y más tranquila. El grupo humano se estabiliza y crece. Se practica la poligamia, es decir, la posibilidad de que el hombre tenga varias esposas, lo que conlleva a un aumento de la población

Después de la Reforma protestante en el siglo XVI, el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido en parte por el carácter civil: ²⁵, con la industrialización las personas y sus familias se trasladan a las ciudades, se divide y especializa el trabajo, los matrimonios ya no necesitan muchos hijos y económicamente no pueden mantenerlos; surge la familia nuclear o conyugal que contempla al padre, la madre y los hijos. Pero también otros tipos de familias como las extensas, uniparentales, etc.

Familia extendida: Está basada en los vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás. En la residencia donde todos habitan, el hombre más viejo es la autoridad y toma las decisiones importantes de la familia, dando además su apellido y herencia a sus descendientes. La mujer por lo general no realiza labores fuera de la casa o que descuiden la crianza de sus hijos. Al interior del grupo familiar, se cumple con todas las necesidades básicas de sus integrantes, como también la función de educación de los hijos. Los ancianos traspasan su experiencia y sabiduría a los hijos y nietos. Se practica la monogamia, es decir, el hombre tiene sólo una esposa, particularmente en la cultura cristiana occidental.

Familia nuclear: También llamada "conyugal", está compuesta por padre, madre e hijos. Los lazos familiares están dados por sangre, por afinidad y por adopción. Habitualmente ambos padres trabajan fuera del hogar. Tanto el hombre como la mujer buscan realizarse como personas integrales. Los ancianos por falta de lugar en la vivienda y tiempo de sus hijos, se derivan a hogares dedicados a su cuidado. El rol educador de la familia se traspasa en parte o totalmente a la escuela o colegio de los niños y la función de entregar valores, actitudes y hábitos no siempre es asumida por los padres por falta de tiempo, por escasez de recursos económicos, por ignorancia y por apatía; siendo los niños y jóvenes en muchos casos, influenciados valóricamente por los amigos, los medios de comunicación y la escuela.

4.2. Vínculos de parentesco

El parentesco es la unión al interior de una familia. Los vínculos que se generan entre sus miembros están dados por tres fuentes de origen:

- **Consanguínea**, es decir, el vínculo que existe entre descendientes de un progenitor común (padre, hijos, nietos, bisnietos, tataranietos, etc.).
- **Afinidad**, es el nexo que nace con el matrimonio y las relaciones con los parientes del cónyuge (suegra, nuera, cuñada, etc.).

- **Adopción**, vínculo que se origina entre el adoptado y los adoptantes. El parentesco se mide por grados, es decir, el número de generaciones que separa a los parientes, siendo cada generación un grado. Además la serie de grados conforman una línea, vale decir, la serie de parientes que descienden los unos de los otros o de un tronco común.

4.2.1. Hay dos tipos de líneas:

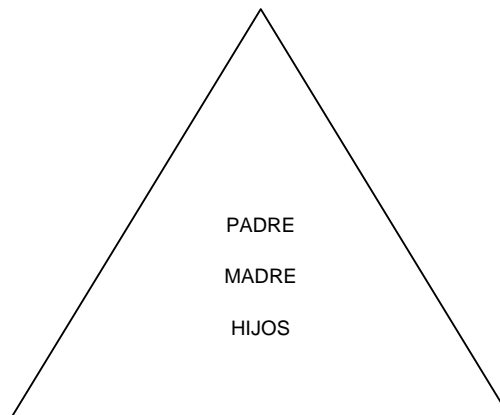
a) Recta: se compone de una serie de grados que se establecen entre personas que descienden unas de otras como padre-hijo-nieta.

b) Colateral o transversal: se forma de una serie de grados que se establece entre personas que sin descender unas de otras, tienen un progenitor común como son los tíos, sobrinos, primos etc.

4.3. FORMAS DE ORGANIZACIÓN FAMILIAR

La forma en que se estructuran las familias son muchas y diferentes, teniendo como extremos a las familias piramidales por un lado y a las familias consensuales o circulares por el otro, de acuerdo a la distribución de las comunicaciones y el poder.

A. Modelo Piramidal.



En él priman los modelos autocráticos de poder, el padre está colocado en la cima de una pirámide. Por debajo de él, en un segundo estrato se encuentra la

madre con el rol de "brazo ejecutor" de las órdenes emanadas de arriba y vehículo de las necesidades de los hijos.

B. Modelo Circular



La autoridad y el poder se han diluido y son ejercidos por el acuerdo de todo el núcleo, pudiendo cualquiera de sus integrantes ser el iniciador de conductas familiares.

4.4. Concepto de familia.-

4.4.1. Historia del concepto

Familia es una palabra de origen latino (plural: familiae) de donde se toma para uso en la nomenclatura científica de los organismos.

4.4.1.1. Conceptos.-

Familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

También Cheal en este contexto afirma que no existe una forma universal de «la familia» y que «la familia» es un término utilizado por los actores sociales para etiquetar aquellos vínculos que se cree que involucran relaciones íntimas duraderas.



Gubrium y Holstein consideran que el término «familia» es parte de un discurso particular para describir las relaciones humanas dentro o fuera del hogar. El discurso familiar sería para estos autores un modo de comunicación que asigna significados tanto a las relaciones interpersonales como a las actitudes que los actores tienen la intención de adoptar hacia los otros, así como al curso de acción que se proponen tomar.

Harris considera «la familia» como una «clase» de grupos, una clase que se referiría a todos los grupos formados por extensión de las relaciones elementales de la familia nuclear, como, por ejemplo, las relaciones entre esposos, entre padres e hijos o entre hermanos.

Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y transcendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.

Son dos o más personas que viven juntas bajo el mismo techo unidas por lazos de afecto o consanguinidad

Según Juan M. Saucedo, la familia es el núcleo de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros es de capital importancia, basta señalar que la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes.

4.5. La familia: un sistema

4.5.1. La familia como sistema social

Existen distintas teorías y enfoques que explican los fenómenos sociales y se ocupan de su evolución. A su conceptualización han aportado distintas disciplinas tales como la lingüística, el derecho, la antropología la sociología, la psicología, y distintos enfoque: el psicoanalítico, el estructural-funcionalista, el comunicacional y el sistémico, entre otros³⁴

En razón de lo cual se considera a la familia como el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia, es un sistema íntimo de convivencia en el que la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros la definen y la determinan.



Lo que permite introducir el supuesto básico para la perspectiva holística: interrelación individuo-familia- sociedad. Donde los procesos individuales, familiares y socio-culturales están conectados es decir interdependiente y multicausal, influyéndose dinámica y permanentemente.

A la luz de la concepción sistémica, la familia es considerada el principal de los sistemas humanos, donde se cumple el desarrollo del individuo a través de funciones que hasta el momento han sido intransferibles adecuadamente a otras instituciones o sistemas.

El sistema familiar es más que solo la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes y el sistema total, que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada, y vs.

Lo que diferencia a la familia de los otros sistemas sociales son sus funciones esenciales, la calidad e intensidad de las relaciones y la naturaleza de sus sentimientos.³⁵

4.5.2. Subsistemas e interacciones familiares

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas; la organización es subsistemas de una familia asegura el cumplimiento de las variadas funciones del sistema total, y ofrece un campo diferenciado a cada miembro para que pueda ejercer sus habilidades interpersonales a distintos niveles"³⁶.

Los subsistemas pueden ser: transitorios, aquellas agrupaciones que se establecen internamente según sexo, edad, intereses y ocupaciones y que cambian a lo largo de la evolución familiar, y básicos o constantes en la vida familiar, que son:

Subsistema Conyugal o marital: formado por la pareja que decide unirse en un sistema. Cada uno aporta su historia familiar y antecedentes personales, asimilados y desarrollados en sus familias de origen. La función correspondiente es de complementariedad (deben ser parte de su individualidad para lograr sentido de pertenencia) y acomodación mutua (interdependencia). Es decir comparte intereses, aspiraciones, esfuerzos.

La diada debe crear y proteger un espacio psicosocial y erótico-afectivo donde desarrollen actividades propias de una pareja, si la interferencia de otro miembro de la familia.



Subsistema Parenteral o filial: hace referencia a los padres e hijos y, tal sentido, se espera que los padres comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y expliquen las reglas que imponen a medida que el niño crezca, aumentan sus requerimientos para el desarrollo, tanto en la autonomía como de la orientación, lo que exige cambios en subsistema parental.

Este subsistema se realiza y construye como organización, por las relaciones recurrentes entre la pareja, no como conyugues sino como padres, en las tareas de protección, desarrollo y socialización de la vida de los hijos, que generan en su relación conyugal, y recíprocamente de los hijos con los padres en este proceso. Planteado así este subsistema se observa que biológicamente está construido en forma jerárquica.

Subsistema Filial: Hijo/s de la pareja. Considerándolos como universo diferenciado dentro del núcleo familiar.

Subsistema Fraternal o Fratrias: constituido por el grupo de pares o hermanos, donde los niños adquieren y desarrollan sus primeras relaciones con iguales, aprendiendo de esta manera a negociar, cooperar y competir. Las relaciones fraternas son demasiado significativas, ya que los hermanos interaccionan como grupo, el doble de tiempo que conviven con los padres y establecen transacciones de por vida, que se desarrollan con gran intensidad hasta los 20 años aproximadamente y luego son retomadas e incrementadas a partir de la quinta década de vida o edad madura.

En el subsistema fraterno hay aspectos funcionales, desconocidos para los padres; tienen reglas propias no aplicables en su presencia, hay secretos no descubiertos, en este sentido tienen un proceso de organización social autónomo, que requiere manejarse con autonomía y flexibilidad sobre el periodo crítico de la adolescencia.

La atención en las relaciones e interacciones entre hermanos. Facetas diferentes según la edad, sexo y posición familiar.

La familia esta construida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa. Con fines prácticos se pueden afirmar que la organización está formada por los siguientes elementos: Jerarquía, límites o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento³⁶. La estructura está enfocada en la diferenciación y mantenimiento de las funciones.

4.5.3. Jerarquías.

Se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. El buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema de los padres ostenta la mayor jerarquía o autoridad dentro del grupo. Esto no excluye la convivencia de tomar en consideración las opiniones de los hijos y otros familiares, pues aunque es deseable que la familia siga una tendencia democrática, no debe ser una organización sin líderes.³⁷⁻³⁸

4.5.4. Alianzas.

Son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más miembros de la familia. la alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento del grupo es la que se establece entre el padre y la madre, sobre todo cuando se refiere a las reglas de la convivencia y la educación de los hijo.

La alianza que tiene el objetivo de perjudicar a un tercero se llama coalición o triangulo perverso y puede manifestarse en diferentes formas, como la de la madre y el hijo en contra del padre (triangulo edípico), la del padre y la abuela en contra de la madre, etc.

En términos generales, las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo. La alianza más disfuncional tienden a ser encubiertas, persisten en forma rígida y se establecen en contra de otros familiares.

4.5.5. Fronteras o límites.

Se refieren a aspectos de cercanía o distancia entre diversas personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Su función consiste en marcar las diferencias entre los subsistemas, y su claridad es necesaria para un buen funcionamiento dela familia.

Los límites firmes determinan cierta separación y promueve la autonomía relativa, sin embargo los límites funcionales también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, etc.

Los límites que rodean a la familia nuclear también requieren ser respetados en consonancia con las costumbres propias de cada contexto sociocultural.



En una familia con límites funcionales existen entre los familiares lealtad suficiente para mantener unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. También se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía.

Todo sistema y subsistema familiar posee funciones específicas y, para que sus transacciones sean adecuadas, los límites entre ellos deben ser claros y permeables, a nivel de:

- **Límites de ego:** hace referencia a las diferencias individuales, que posibilitan el desarrollo de la autonomía.
- **Límites generacionales:** escinden a la familia en dos subsistemas, de acuerdo con las edades: parento-filial y fraternal; lo que presupone adaptaciones y cohesión flexible.
- **Límites entre la familia y la comunidad:** son las demarcaciones necesarias entre el grupo familiar y su entorno, el manejo ecosistémico, posibilita la permeabilidad externa, pero al mismo tiempo el crecimiento interno.

La propuesta estructural de Salvador Minuchin permite establecer el funcionamiento familiar con base en el manejo de sus límites; lo que de por sí no aplica connotaciones negativas, pues simplemente se explica cómo están estructuradas las familias.

En este espectro de posibilidades, la familia fluctúan entre:

4.6. FAMILIA NORMAL:

Tiene límites claramente definidos entre sus subsistemas y las personas que lo conforman. Son permeables y en esa medida permite la comunicación y el intercambio interno, al percibir las tensiones, se movilizan para ayudarse y protegerse mutuamente, buscando soluciones. Cumplen las funciones protectoras y de socialización y mantienen una relación flexible con el medio, facilitando la autonomía de sus miembros.

En las relaciones de ayuda, son sistemas que responden y moviliza su potencial de cambio para enfrentar la disfuncionalidad.

Gráficamente se representa así: límites claros y flexibles con líneas entrecortadas.-----.

4.7. FAMILIAS AGLUTINADAS O SOBREENVUELTAS:



Sus límites son muy difusos, hay excesiva fusión entre sus componentes: por lo tanto, se invade con frecuencia el espacio de los otros subsistemas, sin establecer diferenciación entre ellos. En este sentido, hay poca autonomía e independencia y alto nivel de solidaridad.

En el manejo asistencial colaboran, pero son muy propensos a sobrecargarse con cualquier tipo de tensión interna y externa.

Se simboliza: límites difusos con puntos.

4.8. FAMILIAS DISDEGRADAS:

Presentan límites muy rígidos, con poca comunicación y contacto emocional, lo que permite una excesiva independencia. Sus miembros carecen del sentimiento de lealtad y pertenencia o éstos son precarios; se les dificulta depender y solicitar apoyo. Es una familia tipo hotel, estableciendo distancias geográficas entre sus miembros e inhibiendo en intercambio socio afectivo.

Por lo tanto son difíciles de movilizar en procesos de cambio y de apoyar situaciones tensionantes de alguno de sus miembros.

Se expresan así: límites rígidos de interpreta con una línea._____.

Todas las familias se mueven de un tipo a otro, condicionadas también por las etapas del ciclo vital.

Lo funcional o disfuncional de la familia está dado no solamente por la forma, como esté organizada su estructura, sino por la capacidad de adaptación y crecimiento.

Todos los sistemas familiares son susceptibles de disfuncionar total o parcialmente, en algún momento del ciclo evolutivo.

4.9. Ambiente emocional.

El círculo emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como el interés mutuo y de la calidad de la vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos.

En una familia se considera funcional la expresión de sentimientos tales como la ambivalencia, rechazo, tristeza y angustia, que son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se siente la confianza básica de ser aceptado³⁸.



Existen cinco clases de interés afectivo: indiferente, interesado sin sentimiento, narcista, fusionado y empático.³⁹

4.9.1. Familias de tipo indiferente.

El grado y la afectividad son bajos, lo cual genera frustración en sus miembros y alienta a la separación emocional prematura y la falsa independencia. No se tolera la intimidad y se favorece la inseguridad y la escasa autoestima.

4.9.2. Familias con interés vacío de sentimientos.

Se observa una relación interpersonal en la cual la intensidad y la calidad del interés afectivo son solo ligeramente mayores que en el tipo anterior, en estas familias el involucramiento interpersonal parece derivar más de un sentido de deber que de una empatía genuina. Dando lugar a la frustración, inseguridad y dudas sobre la identidad y la autoestima.

4.9.3. Familia narcisista.

El involucramiento afectivo es de calidad destructiva y de alto grado, pues existe solo para satisfacer ciertas necesidades individuales sin un interés real en los demás, satisfacen ciertas necesidades sociales de apariencia.

4.9.4. Familia amalgamada o fusionada.

Se establecen relaciones simbióticas. Con fronteras difusas, en las cuales las relaciones interpersonales son muy cercanas, pero interfieren con la maduración, y el desarrollo de la autonomía. Generalmente implican la existencia de tolerancia y pacto de parte de los integrantes de la familia, las relaciones fusionadas indican la existencia de patología seria en la interface entre el mundo intrapsíquico y el sistema familiar, pues reflejan una necesidad exagerada de interdependencia.

4.9.5. Familia empática.

Se mantiene un alto grado de involucramiento afectivo mientras simultáneamente se acepta y apoya la autonomía de los integrantes del grupo. Estos experimentan la seguridad de ser queridos por sí mismos y así pueden desarrollar un sentido de autonomía y autoestima adecuado. La familia de tipo empática, mantiene el equilibrio entre las necesidades autónomas de los individuos que la componen, con la cohesión necesaria para poder funcionar efectivamente como una unidad solidaria.

4.10. Familia nuclear actual.

Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado, con respecto a su forma más tradicional, en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres.

Familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como el paro, las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias, la depresión, la marginalidad. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad dentro de la sociedad, siendo mucho más que una unidad jurídica, social y económica.²⁶

Otras funciones que antes desempeñaba la familia rural, tales como el trabajo, la educación, la formación religiosa, las actividades de recreo y la socialización de los hijos, en la familia occidental moderna son realizadas, en gran parte, por instituciones especializadas. El trabajo se realiza normalmente fuera del grupo familiar y sus miembros suelen trabajar en ocupaciones diferentes lejos del hogar. La educación, por lo general, la proporcionan el Estado o grupos privados. Finalmente, la familia todavía es la responsable de la socialización de los hijos, aunque en esta actividad los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante.

Algunos de estos cambios están relacionados con la modificación actual del rol de la mujer. En las sociedades más desarrolladas la mujer ya puede ingresar (o reingresar después de haber tenido hijos) en el mercado laboral en cualquier etapa de la vida familiar, por lo que se enfrenta a unas expectativas mayores de satisfacción personal respecto de hacerlo sólo a través del matrimonio y de la familia. En los últimos tiempos se ha desarrollado un considerable aumento de la tasa de [siglo XX]] ha disminuido en Occidente el número de familias numerosas.

4.11. Familia extensa.

En los años 1970 el prototipo familiar evolucionó en parte hacia unas estructuras modificadas que englobaban a las familias monoparentales, familias del padre o madre casado en segundas nupcias y familias sin hijos. En



el pasado, las familias monoparentales eran a menudo consecuencia del fallecimiento de uno de los padres; actualmente, la mayor parte de las familias monoparentales son consecuencia de un divorcio, aunque muchas están formadas por mujeres solteras con hijos. En 1991 uno de cada cuatro hijos vivía sólo con uno de los padres, por lo general, la madre. Sin embargo, muchas de las familias monoparentales se convierten en familias con padre y madre a través de un nuevo matrimonio o de la constitución de una pareja de hecho.

La familia de padres casados en segundas nupcias es la que se crea a raíz de un nuevo matrimonio de uno de los padres. Este tipo de familia puede estar formada por un padre con hijos y una madre sin hijos, un padre con hijos y una madre con hijos pero que viven en otro lugar, o dos familias monoparentales que se unen. En estos tipos de familia los problemas de relación entre padres no biológicos e hijos suelen ser un foco de tensiones, especialmente en el tercer caso.

Las parejas de homosexuales también viven juntas formando familias sin hijos, con los hijos de una de las partes o con niños adoptados.

4.12. El ciclo vital de la familia.

La familia, según Lauro Estrada , como todo organismo vivo tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y llega a morir. En cada uno de estos pasos se enfrenta con diferentes tareas: la unión de dos seres distintos con una misma meta, la posible llegada de los Lauro Estrada propone son:²⁷

1. Desprendimiento
2. Encuentro
3. Llegada de los hijos
4. Adolescencia de los hijos
5. Reencuentro
6. Vejez

No es necesario que toda familia pase por cada una de las etapas. Estas, únicamente, sirven como plano para su estudio y razonamiento.

4.12.1 Desprendimiento

La familia tiene su inicio en la constitución de la pareja, la cual se da en el noviazgo. En esta fase se desarrolla el desprendimiento de ambos miembros



de la pareja respecto de la familia de origen. Este proceso será fácil o difícil de acuerdo al apego familiar que hayan desarrollado durante su juventud.

Este proceso no es sencillo para ninguno de los integrantes de la pareja por el dolor y la nostalgia que provoca toda despedida, y por la incertidumbre que depara lo desconocido y la falta de confianza en que la decisión respecto a la elección de una pareja haya sido la correcta. Incluso muchos jóvenes eternizan sus noviazgos, o no encuentran la estabilidad con ninguna persona, razón por la que constantemente cambian de pareja. Hay muchos matrimonios que aún con muchos años de unión no se han podido desprender en forma genuina de sus respectivas familias de origen.

Es por ello importante considerar al noviazgo como una etapa clave en la constitución de la pareja, ya que las vivencias que se tengan en el mismo, al dar el paso al matrimonio, serán la base para comenzar a construir la nueva familia.

4.12.2 Noviazgo

Una definición sencilla de noviazgo es: periodo en que se mantienen relaciones amorosas con la finalidad de un conocimiento mutuo y cada vez más profundo, con expectativa de un futuro matrimonio. El noviazgo debiera ser, ante todo, un tiempo de preparación para el matrimonio. La finalidad del noviazgo es la elección de la persona con la cual se pretende conformar una familia, y el conocimiento mutuo. El noviazgo es disoluble por su propia naturaleza y, por eso, su ruptura no exige más trámite que la decisión de cualquiera de los dos miembros de la pareja.

a. Características del noviazgo

Son características que hacen ser al noviazgo lo que es:

- **Exclusividad:** esta característica implica fidelidad y compromiso más íntimo con la pareja, que cualquier otra persona; permite una reciprocidad y correspondencia de amor que implica el compartir sentimientos.
- **Temporalidad:** es el tiempo de convivencia que se dan como pareja antes de formalizar su relación o bien darla por terminada. El noviazgo debe tener cierto tiempo de duración, pues un periodo demasiado corto de convivencia y conocimiento puede traer problemas en la relación conyugal, que pudieron ser evitados o solucionados en el noviazgo; por

otro lado, si la relación es demasiado larga corre el riesgo de caer en a la costumbre, terminando en fracaso matrimonial.

- **Entrega mutua gradual:** Este nivel de confianza debe ir profundizando de manera progresiva la confianza, el cariño, la comunicación y la intimidad, cimientos que llegan a dar firmeza y solidez a la relación; fortaleciendo de éste modo un futuro matrimonio.
- **Transitorio:** los novios no deben permanecer en un eterno noviazgo, sino paulatinamente es ir integrándose como pareja con miras a un compromiso formal y total.

4.12.3. Formación de la pareja.

Milton Erikson, afirma que el arte el matrimonio consiste en que la pareja mantenga su independencia, sin que esto implique cortar los lazos emocionales que lo unen a sus respectivas familias de origen³⁶⁻³⁷.

Después del proceso de desprendimiento del sostén emocional y socioeconómico de la familia de origen, los adultos jóvenes se encuentran en posición de formalizar una relación de noviazgo para contraer matrimonio.

El hecho de que un hombre y una mujer decidan contraer matrimonio constituye el punto de partida para la formación de una familia. Actualmente, en la mayoría de los países esta decisión es libre y nadie está obligado a elegir dicho estado de vida, a diferencia de otras épocas, en las que el matrimonio era impuesto. Esto se debe a que se considera el matrimonio como una unión íntima de vida, un vínculo indisoluble, libremente contraído y públicamente afirmado, en el cual un hombre y una mujer se complementan y están abiertos a la transmisión de la vida.

Es esta la etapa del surgimiento de una nueva familia: cuando un hombre y una mujer "se encuentran" para consolidar un vínculo sólido para la ayuda mutua y la procreación, los dos fines fundamentales del matrimonio dictados en primer lugar por la naturaleza, y sucesivamente por la experiencia, la sociedad y el Estado de diferentes culturas a través de la historia, estableciéndolos en los órganos legislativos.

La elección de una pareja para formar un matrimonio y una familia debe estar movida por un auténtico y profundo amor y no sólo por "enamoramiento". Es natural que se dé el enamoramiento al principio de una relación de pareja, es decir que las pasiones y emociones sean fuertes, pero la pasión y el sentimiento tienen una corta duración. El amor en cambio puede durar tanto

como cada persona esté dispuesta a cultivarlo. Por lo cual es necesario también haber alcanzado cierto grado de madurez personal.

Una vez que formalmente la pareja ha decidido compartir su vida, se da necesariamente un proceso de adaptación: se trata de dos personas con ideas, sentimientos, historias y educación diferentes que han de aprender a convivir e integrar una sola dinámica familiar y una nueva historia en común.

El proceso requiere tiempo, disposición, entrega y mucha humildad para respetar las diferencias, ceder en ciertas cosas para llegar a acuerdos y perdonar errores. Deberán acordar, a través del diálogo y la misma convivencia, nuevas reglas y pautas de comportamiento, así como las funciones que cada uno desempeñará en el funcionamiento del hogar. Cada uno debe decir abierta y claramente lo que espera del otro para que ambos puedan comprometerse con un proyecto de vida en común.

- **Relación entre amor y procreación**

Las otras consecuencias que derivan de la conyugalidad son la dimensión unitiva y procreativa. El acto físico de unión sexual implica simultáneamente la capacidad de actuar la unión de dos sexos (dimensión unitiva) y la aptitud o capacidad objetiva para procrear (dimensión procreativa). Que los actos aislados no siempre resulten procreadores de hecho o psicológicamente unitivos debido a un obstáculo, querido o no, no quita nada a la finalidad a que está destinado el gesto.

- **Procreación responsable**

La procreación humana es una de las elecciones más importantes de la pareja, uno de los fines principales del matrimonio, pues tiene como resultado el nacimiento de una nueva persona. Por esto, la procreación inscrita entre las finalidades de la sexualidad y complementariedad de los sexos es lícita, y quien ha hecho la opción conyugal no puede excluirla permanentemente. Excluir la fecundidad de una unión que está orientada precisamente a ella, supone contradecir la finalidad del acto conyugal.

Hay quienes, por ser creyentes, ven el acto de procrear un significado aún mayor, porque implica una intervención especial de Dios creador. Sin embargo, aún sin ser creyente, la grandeza de una nueva persona humana es reconocida por todos.

4.12.4 La llegada de los hijos

- **Pareja esperando familia.**

Un hijo influye tanto en lo personal como en lo familiar. La llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional. La pareja debe adquirir un nuevo anclaje de relación emocional con el niño, y entre ellos, la capacidad de ayudar al compañero para que lo haga. Tener un niño favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de diversas facetas de la personalidad de cada uno.

Uno factor importante en esta fase es poder identificar adecuadamente el área económica afectada para poder definir cuáles son las labores tanto del trabajo como del hogar, y ayudarlo a cada quien a cumplir con lo suyo y no confundir la problemática real con falta de cariño, desinterés o con la pérdida del deseo y el propósito de formar una familia.

La ideología sobre la paternidad y la decisión de tener hijos ha cambiado significativamente en los últimos años. La decisión de tener hijos ya no va de la mano con la decisión de casarse, ni la decisión de tener sexo va de la mano con la idea de que debe ser dentro del matrimonio.

En ésta etapa, el área de la sexualidad establece la importancia de la realización de la pareja a través de la reproducción. Aquí la planificación familiar juega un papel fundamental, cada pareja debe ser responsable y saber cuántos hijos realmente podrían entrar en su núcleo familiar.

4.12.5 La adolescencia de los hijos

La adolescencia es una época de crisis y de cambios, de experimentación y de definición, tanto para los hijos adolescentes como para los padres; período que en la sociedad occidental e industrializada se ha ido poco a poco alargando, y que hace algún tiempo se podía considerar comprendido entre los 14 y los 17 o 18 años (actualmente es aproximadamente entre los 10 a los 20 años). En los que se debe tener cuidado para un buen crecimiento y desarrollo.

4.12.6 El reencuentro de la pareja

- **Pareja madura.**

Conocida como la etapa del «nido vacío», es una de las etapas más demandantes para el sistema familiar, en la cuál la pareja enfrenta los problemas de una biología que decrece pues se pasa de la edad madura a la vejez, la aceptación de los nietos y del papel de abuelos, la muerte de algunos



familiares de generaciones anteriores, la jubilación, las diferencias con las nuevas generaciones (brecha generacional), etc. Esto se debe a que para estas fechas casi siempre los hijos ya se han ido a formar sus propias familias, lo cual propone algunos cambios. Los padres se encuentran cercanos a los 50 años de edad o más. Si las cosas han marchado bien en las etapas precedentes, les será más fácil aceptar los cambios de una biología que tiende a declinar; igualmente como pareja podrán enfrentar los cambios familiares y sociales que se presentan.

Los padres deben independizarse de los hijos y de los nietos para volver a formar una pareja. Se reencuentran con ellos mismos y con el compañero. En estos momentos se vuelve muy necesario el apoyo mutuo entre los esposos. Este apoyo mutuo servirá para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio.

En ocasiones, aparecen sentimientos de culpa como fantasmas del pasado por los errores cometidos con los demás, especialmente con los hijos, y por los deseos de la propia muerte.

4.12.7 La vejez

Es una de las etapas menos conocidas. En ésta, las personas ancianas deben adaptarse a la pérdida y retos que la edad presenta: la búsqueda de una nueva identidad, de una compañía que produzca placer, así como de una experiencia significativa y genuina. Esta etapa, como todas, presenta obstáculos como los siguientes:

- la tristeza que genera el sentir el rechazo de los demás
 - con la llegada de su esposo que se ha jubilado, la mujer siente invasión del espacio que antes controlaba: es necesario definir límites de los espacios donde cada uno pueda actuar independientemente; de lo contrario, existe el peligro de que se lleguen a perder la estima y el respeto, y aparezcan la ansiedad, la tensión y los estados depresivos
 - la sobreprotección de hijos a padres, en donde no se les permite vivir en libertad.
- **Ser abuelo ofrece un nuevo horizonte en la vida:**
- Enciende el deseo de sobrevivir, al aceptarse la propia mortalidad.
 - En presencia del nieto y el abuelo, pasado y futuro se funden en el presente. Se da la oportunidad de experimentar una nueva relación, diferente a la del padre, con los nietos.



4.13. Dimensión psicológica de la socialización

El desarrollo psicológico de la persona, su estabilidad y el adecuado ajuste al grupo de pertenencia es una función de la familia en el proceso de crianza y educación.

Las funciones familiares que destacamos dentro de la dimensión psicológica son:

- El soporte económico cumple las funciones principales de ofrecer seguridad y sentimiento de pertenencia.
- Desarrollo de una personalidad equilibrada y adaptada al medio social.
- La familia como ámbito de expresión del afecto, agrado, desagrado e incluso rechazo.
- Control de la conducta. Normas, disciplina, etc.

4.14. Dimensión educativa de la socialización

Las dimensiones psicológica y educativa se solapan. Procesos y estrategias que desarrolla la familia con este fin: Normas de convivencia, control y disciplina: Para ayudarles a construir su personalidad, sus habilidades sociales; las cognitivas y las afectivas.

Varios autores clasifican los estilos familiares de control y disciplina:

Baumrind: Describe 3 estilos:

- **Democrático:** Se razonan las normas, se podrían negociar, e incluso los hijos podrían tomar decisiones.

Se promueve la autonomía en los hijos (aprenden a tomar decisiones, valorar, juzgar lo más adecuado para ellos).

- **Autoritario:** Control estricto sobre los hijos, uso de castigos, no se da opción al diálogo y consideración de otros puntos de vista.

Se frena la autonomía de los hijos y su maduración (los padres asumen tareas, decisiones y responsabilidades que serían propias de los hijos).

- **Permisivo:** Los padres no se preocupan por el control, se usa poco el castigo. Los efectos que produce este estilo dependen de la personalidad de los hijos. Estos tienen todas las oportunidades para aprender a ser autónomos e independientes; pero también puede haber confusión y dificultad para tomar decisiones.

En la práctica sería difícil encontrar un grupo que mostrara estilos puros. Todas las familias pueden mostrar rasgos de uno u otro tipo

McCoby y Martín clasifican los aprendizajes en torno a 2 ejes: Exigencia y Afecto.

En el extremo del Permisivo, dos posibilidades:

- **Indulgente:** Deja hacer, pero muestra afecto.
- **Negligente:** Deja hacer sin criterio, porque no le preocupa. No hay control. No muestra afecto.

Al igual que los padres, los hijos también desarrollan sus propios estilos de aprendizaje, de recibir los mensajes y reaccionar ante ellos.

Es muy frecuente que padres y madres desarrollen estilos educativos más acordes con el tipo de enseñanza que ellos recibieron que con el estilo que requieren sus hijos.

El diálogo con los hijos tiene importantes efectos a largo plazo, ya que se entrena la capacidad de valorar y de ponerse en el punto de vista del otro, lo que es fundamental para desarrollar mentes flexibles y tolerantes que, a su vez, favorezcan espacios para la convivencia y libre expresión de su entorno.

4.15. RESPUESTA SOCIAL ANTE LA EVOLUCIÓN FAMILIAR

Las sucesivas transformaciones sociales y las situaciones de desigualdad han ocasionado que se desarrollen políticas sociales de promoción de la familia; a la vez que se dan intervenciones de asociaciones,

- Profundos cambios que se están experimentando: Ayudas para situaciones de feminización de la pobreza, aumento de hogares con personas solas (mayores), inestabilidad laboral...
- Importancia social del papel de la familia: Sobre todo en momentos de riesgo para sus miembros: desempleo, minusvalía, ancianidad, drogodependencia...
- Protección a la maternidad: No debe haber una desconexión de la madre con el mundo laboral y su desarrollo personal.



Medidas específicas de protección

Las medidas de ayuda y protección en nuestro país están más enfocadas a las situaciones individuales que a las del grupo familiar en su conjunto.

De acuerdo con los lineamientos derivados de las escuelas estructurales y estratégicas: Una familia funcional posee las siguientes características:

1. La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a su crianza.
2. Los límites y fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no solo en propósito de perjudicar a nadie.
4. Los papeles son complementarios y tiene consistencia interna, no son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
5. La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara, directa y congruente, y se utiliza honestamente en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no solo para agredirse mutuamente.
6. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos u personas fuera del núcleo familiar.
7. Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes del grupo y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema.
8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (propias del desarrollo), como las externas y ambientales.



No existe un solo tipo de funcionamiento familiar sano como tampoco hay un solo de funcionamiento mal sano.

4.16. Modelos educativos de riesgo

Se opta por estrategias educativas que sean flexibles, razonadas y consensuadas; que a la vez que educan desarrollan el criterio y capacidad de razonamiento en el niño.

Estilos educativos inadecuados pueden ocasionar: desadaptación, fracaso escolar, conducta antisocial, depresión, (depresión infantil), consumo de drogas, delincuencia juvenil.

El DSM-IV detecta una serie de trastornos mentales: Las pautas educativas consideradas peligrosas serían cuatro:

1. Baja implicación y supervisión: El estilo Negligente. Esa supuesta "libertad", se convierte en confusión y desconcierto por no tener una guía adecuada.
2. Disciplina incoherente: Los padres no tratan el tema de la educación o no se ponen de acuerdo. Los hijos captan los puntos débiles y la dinámica de ambos, aprovechándose y manipulando.
3. Disciplina rígida e inflexible: de carácter lineal. No hay negociación, ni diálogo, ni razonamiento. Se actúa de la misma forma de manera indiferente.
4. Disciplina colérica y explosiva: A los niños se les transmite agresividad, que ellos pueden aprender.

Podría derivar en una personalidad violenta.

Por parte de los padres: castigo físico, humillación, amenazas, o incluso maltrato infantil.

4.1. Genograma.

Este instrumento para conocer la estructura y funcionamiento familiar tiene sus raíces en la antropología, en los trabajos de Morgan a mediados del siglo XIX, bajo la denominación del árbol genealógico, la medicina y la biología



para indicar los enlaces genéticos, y/o hereditarios al interior de algunos sistemas familiares (genograma o fenograma).

En este sentido, su origen moderno parte de la medicina, que empezó a utilizarlo para detectar transmisiones de enfermedades genéticas, tales como el asma, la diabetes, problemas de hipertensión arterial o coronarios. Luego, el avance de la Teoría de Sistemas y la consiguiente aparición de la terapia familiar (donde es usado desde 1978 por Murray Bowen, bajo el nombre de mapa familiar), posibilitó su asimilación y manejo de en diversas áreas del saber humano, como la psiquiatría, la psicología, el derecho, trabajo social, pedagogía, y otras ramas de la medicina, especialmente la familiar que lo a introducido en su ejercicios, incluyendo información biomédica y psicosocial, con la denominación de familiograma.

Ann Hartman, lo denomina como "el esquema gráfico de la familia, en el cual se representan todos sus miembros, sexo, edad, y relaciones de parentesco... es un árbol familiar que incluye datos sociales. Es un mapa de 3, 4 ó más generaciones, que informan sobre relaciones genealógicas, principales eventos familiares, ocupaciones, perdidas (muertes), migraciones, identificación y asignación de roles, comunicación" y, en general, el tipo e intensidad de las relaciones intrafamiliares, estableciendo la relación de cada individuo inter e intrageneracionalmente. Esta simulación en el tiempo de la historia familiar le posibilita al profesional organizar y manejar técnicamente el cúmulo de información que permanentemente recoge de los sistemas familiares, superando así la visión reduccionista, que no facilita una visión general e integral, de la familia.




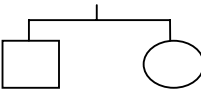




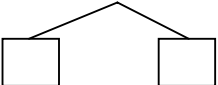
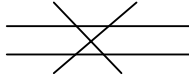



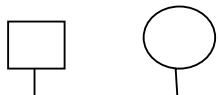

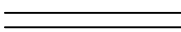
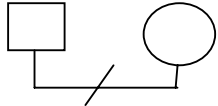
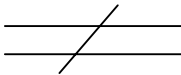
○ **Graficación del Genograma.**

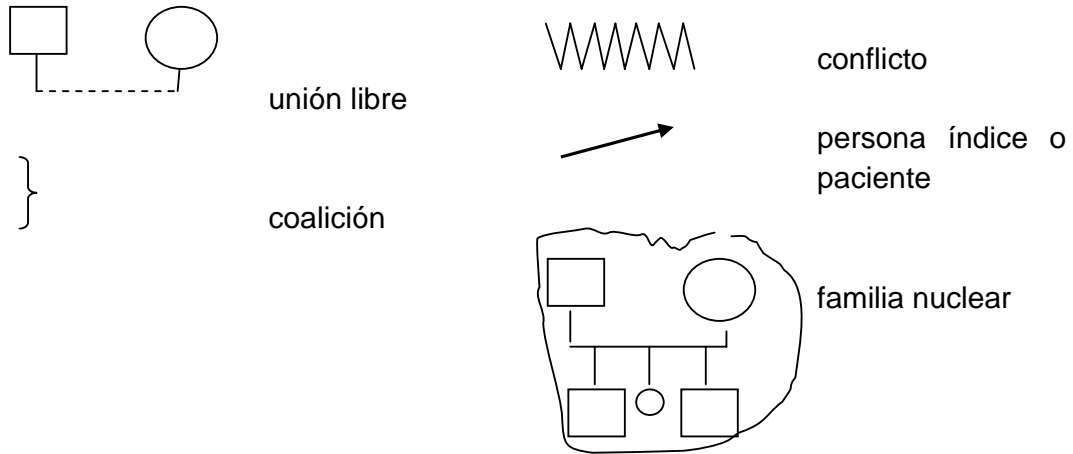
Dada su derivación del historial familiar o árbol geneológico, el Genograma moderno se grafica de acuerdo con las convenciones clásicas de las cartas genéricas, existen unos símbolos aceptados universalmente en la práctica médica y social, lo que no descarta la creación de símbolos en áreas de intervención específica, previa explicación, previa explicación del significado en la hoja donde se esta consignada la figura y la garantía de que sea institucionalizados.

El Genograma dibuja a la familia a través del tiempo, capacitando a la persona para verse a sí misma y empezar a comprender su dinámica familiar tan compleja, tal como se ha desarrollado en su historia, y en forma como afecta la situación presente.

Gráficos:

Convenciones universales del Genograma

	hombre	a	fecha de nacimiento
	mujer	X - M	fecha de muerte
	sexo indeterminado	m	fecha de matrimonio
	hermanos	d	fecha divorcio
		s	fecha separación
	muerte	u	fecha unión libre
	mujer adoptada		
	hermanos		relaciones repulsivas
	hermanos gemelos		en conflicto
	aborto espontaneo		distante
	aborto provocado		
	matrimonio		enlaces emocionales
	divorcio		enlace moderado
	separación		enlace intenso
			enlace moderado roto



Carmen Eliza Ruiz Puyana M.D. El Familiograma, Dpto. Salud Familiar
Universidad del Valle, Santiago de Cali, 1989.



CAPITULO V

5.1. DISEÑO METODOLÓGICO.

La metodología científica de la investigación construye la manera de reflejar la realidad del pensamiento del ser humano, el proceso de producción de conocimientos y el camino para manifestar un objeto de estudio en mi mente sigue la ley general del conocimiento, la ley del movimiento del pensar, se plantea que toda investigación debe partir de la realidad concreta, realidad que se encuentra en permanente cambio o transformación y regida por leyes objetivas, las leyes dialécticas, estas constituyen el punto de unión entre teoría y método.

Esta investigación es cuantitativa ya que se expresa en tablas numéricas y en porcentajes.

a). Tipo de estudio

Descriptivo, refiriéndose a la etapa preparatoria del trabajo científico, que permite ordenar los resultados de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos, y otras variables de fenómenos y hechos, con el propósito de familiarizar al investigador con el problema a investigar.

Solo así conociendo objetiva y completamente el objeto, estamos en capacidad de dar una respuesta consciente al problema del cual se parte la Investigación.

De corte transversal en donde se analizaron los factores asociados a la depresión y la drogodependencia en los adolescentes internados en la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua. Enero – Junio 2009.

b). Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua del Cantón Cuenca.

c). Universo



Lo constituyeron el 100 % de los adolescentes internos en la Fundación por drogodependencia en el periodo de enero- junio del 2009. El número de adolescentes es de 25 en total de la Comunidad Terapéutica Juvenil.

d). Muestra.

20 adolescentes, que se obtuvieron de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron a 5 adolescentes, 2 por presentar retraso mental moderado, diagnosticados por personal calificado del Hospital Vicente Corral Moscoso. Y tres no se obtiene el permiso de los familiares por encontrarse ausentes.

e). Unidad de análisis

Historia clínica de los adolescentes ingresados en la Comunidad con Diagnostico de drogodependencia.

f). Criterios de inclusión

- Adolescentes drogodependientes.
- De sexo masculino.
- De edades de 12 a 18 años
- Al examen mental se encontraban:
 - Consientes
 - Orientados en el tiempo persona y espacio
 - Sin alteraciones de sensopercepción (alucinaciones visuales y auditivas) ni en contenido ni en del pensamiento (ideas delirantes)
- Familia del adolescente.

g). criterios de exclusión

- Se excluyeron a los pacientes que presentaban problemas mentales. (2 adolescentes con diagnóstico de retraso mental)
- 3 familias que no dieron el consentimiento informando para la investigación.

h). Fuente de Información

- Directa, a los adolescentes internos en la FAM, Familia de los Adolescentes
- Indirecta. Historias Clínicas.
- Personal de la Comunidad (trabajo social, Psicólogo).



i). Métodos y técnicas para la recolección de la información.

Para la obtención de la información se realizó de la siguiente manera:

- **A los adolescentes**

1. Se solicitó permiso de la Directora de la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua, posteriormente se coordinó con el Medico Psiquiatra y la Trabajadora Social del Centro, para acceder a las historias clínicas, validado por el MSP.
2. Aplicación de los formularios de las encuestas para determinar el estado emocional de los adolescentes, ver anexo N. 19
3. Se utiliza el test de Hamilton para determinar depresión en los adolescentes, ver anexo N. 20
4. Se usa el Test de Apgar Familiar para determinar el tipo de relación y comunicación Intrafamiliar, ver anexo N. 21
5. Se utiliza la autoevaluación de drogodependencia para determinar el uso, abuso o dependencia de los psicoactivos en los adolescentes. Ver anexo N.5. 22.

k). A la Familia

1. Cuestionario para establecer el funcionamiento familiar, aplicado a la familia del adolescente, ver anexo N. 23.
2. Finalmente se elaboró los genogramas de Eliza Ruiz Puyana, de la familia del adolescente (ver detalles de los gráficos del Genograma en Marco Teórico del Capitulo Familia, Pag. 77 – 78.).

Todos los formularios se aplicó individualmente a los adolescentes y a las familias, en algunos casos de aplico a los dos padres, en otros solo a la madre, a la abuela por ausencia de los progenitores, el Genograma se obtuvo de entrevista a los adolescentes y a la familia.

La Historia clínica se utilizó para identificar al adolescente.

l). Procesamiento de la información

El procesamiento de la información se realizó a través del programa de Excel para la elaboración de tablas y gráficos, para el programa de XP vista.



m). Variables del estudio

Objetivo No 1: Características de nómina de los pacientes en estudio.

Edad
Sexo
Procedencia
Escolaridad
Ocupación
Estado civil

Adolescencia

Drogodependencia

Depresión

Funcionalidad de la familia.

n). El plan de análisis:

Se realizó análisis correspondiente de los datos, que se extrajeron a modo de tablas, de las encuestas y los test que se aplicaron a los adolescentes que se encontraron internados en la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua y sus familias.

Se realizó un cruce de variables a los adolescentes drogodependientes de la Comunidad terapéutica Juvenil Fundación Ayuda con el fin de hacer la investigación más objetiva.

METODO Y TÉCNICAS.

El presente estudio se realizó en dos fases:

Primera fase:

Se realizó una entrevista estructurada para saber los datos de identificación de los adolescentes, tipo de drogas que utilizaban, edad de inicio de consumo y factores que ayudaron para concurrir a las drogas

Se aplicó a los adolescentes seleccionados que conformaron la muestra de estudio se les aplicó el test de valoración de Hamilton para la depresión,



Diseñado por la Organización Mundial de la Salud, en su primera parte, cuyo objetivo es el diagnostico del síndrome depresivo debiendo el paciente obtener un puntaje de 8 o más, para recibir dicho diagnostico.

Luego a todos los pacientes diagnosticados de depresión, fueron evaluados permitiendo ver la severidad del síndrome. Considerando la siguiente escala.

0-7 puntos:	No depresión.
8-17 puntos	Depresión Menor
18 –25 puntos	Depresión Moderada
más de 26 puntos:	Depresión Mayor.

Las características familiares se evaluaron a través de un Test de Apgar familiar, que consta en una escala de 10 puntos, que valora dicho funcionamiento en base a:

18 - +	Normo funcional
14 - 17	Disfunción leve
10 - 13	Disfunción moderada
0 - 9	Disfunción grave

SEGUNDA FASE.

Transcurrido un mes de haber efectuado la primera evaluación, se realizo una segunda evaluación, a los mismos pacientes, empleándose el mismo procedimiento devaluatorio de la primera fase, pero dirigido únicamente al diagnostico de depresión y su severidad en los caso positivos.

El procesamiento de los datos se realizo en forma manual y se aplicó las pruebas estadísticas correspondientes.

CAPITULO VI

1. RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN.

TABLA N. 1

DISTRIBUCIÓN DE 20 ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES. SEGÚN EDAD. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA ENERO – JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR

Edad de los adolescentes	N.-	%
12 ^a a 13 ^a 11m	4	20%
14 ^a a 15 ^a 11m	12	60%
16 ^a a 17 ^a 11 m / mas	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

EDAD.

La edad que más sobresale esta ubicada entre los 14 a 15^a11m, llama la atención que un 20% esta ubicada en niños entre 12 a 13^a, aquí se determina las edades que fueron dadas para el estudio.

Aquí parece indudable que el comienzo del consumo de drogas se hace cada vez más temprano, como se observa en la tabla hay adolescentes que se encuentran en el Centro de doce años en adelante, pero su primera ingesta fue meses e incluso años atrás, la consecuencia se demuestra en el hecho que disminuye la edad promedio de los enfermos con dependencia a varias sustancias psicoactivas, alterando el crecimiento y desarrollo normal del adolescente.

Analizando de la misma forma que la depresión puede ser consecuencia de los múltiples riesgos que tiene el adolescente en la etapa transición de niño a adolescente y en este estudio es demostrable en los diferentes métodos que se ha utilizado para la investigación.

Tabla N. 1. Y tabla N. 2.

TABLA N. 2.

DISTRIBUCIÓN DE 20 ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EDAD. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA ENERO – JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR

Edad de los adolescentes con depresión	N.-	%	N.	%	Total	%
12 ^a a 13 ^a 11m	1	5%	3	15%	4	20%
14 ^a a 15 ^a 11m	10	50%	2	10%	12	60%
%16 ^a a 17 ^a 11 m / mas	3	15%	1	5%	4	20%
TOTAL	14	70%	6	30%	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*esta tabla demuestra que la depresión en los adolescentes existe el sesenta por ciento de acuerdo a la valoración del test de depresión de Hamilton. Indistintamente por problemas familiares, trastornos de personalidad, o consecuencia de las drogas. No se puede dar un diagnostico definitivo en esta tabla las causas reales ya que son múltiples los problemas que se observan y que se ha averiguando en el trabajo de investigación que se realizó a los adolescentes y su familia.



TABLA N. 3.

DISTRIBUCIÓN DE 20 ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES DE ACUERDO A LA PROCEDENCIA Y RESIDENCIA. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA ENERO – JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR

Procedencia	Residencia	N.-	%
Arenillas	Huaquillas	2	10%
Huaquillas	Huaquillas	1	5%
Quito	Cuenca	1	5%
azogues	azogues	1	5%
Girón	Cuenca	1	5%
Cuenca	Cuenca	12	60%
Gualaceo	Gualaceo	2	10%
TOTAL		20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*** PROCEDENCIA Y RESIDENCIA.**

Según el estudio de estos valores, se puede decir que un 40% de los adolescentes drogodependientes que se encuentran internos en la Comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua no pertenecen al Cantón Cuenca, indicando que esta Institución alberga chicos de otras ciudades, el 60% pertenece a esta Ciudad. El 70% reside en Cuenca y el 60% procede y reside en Cuenca, observándose que la drogodependencia en los adolescentes se da en cualquier espacio que ellos se encuentren dependiendo del factor de riesgo en que estén pasando en esta etapa.

TABLA N. 4

DISTRIBUCIÓN DE 20 ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN INSTRUCCIÓN. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA ENERO – JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR

Escolaridad	N.-	%
Analfabeto	0	0%
primaria incompleta	12	60%
primaria completa	6	30%
secundaria incompleta	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*** INSTRUCCIÓN.**

En base a esta variable, se determinó que en el grupo de estudio, el 60% cuenta con instrucción primaria incompleta, el 30% primaria completa y un diez por ciento de secundaria incompleto, resaltando que el analfabetismo no existe en este grupo de estudio.

De acuerdo a esta exposición, hay un abandono de los estudios tempranamente que puede estar determinado por el ingreso a la drogodependencia y a la procedencia, siendo un 300% que no proceden ni residen en Cuenca, además salen de las aulas de estudio por la condición económica baja – baja de la familia de los adolescentes que se encuentran internos en la FAM. Sin dejar de lado la disfuncionalidad de las mismas, que obligan implícitamente a los adolescentes abandonar los estudios como efecto de los problemas que no pueden ser resueltos.

Se demuestra también que hay mayores tasas de drogodependencia y depresión en los adolescentes de más bajo nivel educativo



TABLA N. 5

DISTRIBUCIÓN DE 20 ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA ENERO – JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR

estado civil	N.-	%
Soltero	19	95%
unión libre	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*** ESTADO CIVIL.**

De acuerdo a la investigación se puede decir que el 95% de los adolescentes son solteros a excepción de un adolescente de 17 años que tiene un compromiso de unión libre por espacio de un año.

Se observa en esta tabla que son muy contados los adolescentes que por sus propias características no adquieren aun una relación conyugal estable, también la edad de los adolescentes no son adecuados para mantener una relación seria que conlleva a un compromiso con madurez en todas sus fases, sin dejar de lado la condición económica que no tiene y no pueden responsabilizarse con su pareja.

TABLA N.- 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS 20 PACIENTES DROGODEPENDIENTES, SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE DEPRESIÓN, COMUNIDAD TERAPEUTICO JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA ENERO- JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR

Depresión primera evaluación	N-	Porcentaje	Depresión segunda evaluación	N-	Porcentaje
Si	12	60%	Si	14	70%
No	8	40%	No	6	30%
Total	20	100%	Total	20	100%

- Fuente: directa
- Elaboración: La autora.

* De acuerdo a esta tabla se puede comprobar que los adolescentes que se encuentran internados en la Comunidad en la primera evaluación el 60% esta depresivo y en la segunda aumenta un 10% de adolescentes con depresión, en consecuencia se puede decir que existe relación entre drogas y depresión.

Esto demuestra que en una primera evaluación no se puede determinar con objetividad el estado depresivo, por diferentes circunstancias que presente el adolescente en ese momento de la valoración, entre estos tenemos los síndromes de abstinencia tardíos, el cautiverio en que se encuentran, en algunos casos por no estar de acuerdo al tratamiento y el deseo de continuar en el consumo de drogas. La disfunción familiar, la baja autoestima que presentan los adolescentes en su mayoría, la mala comunicación con sus progenitores como demuestra más adelante en las tablas de disfunción familiar. Y la relación directa del consumo de sustancias que deprimen el Sistema Nervioso Central (SNC) por su propia fisiología de la droga.

TABLA N. 7.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PROBLEMAS DE DROGAS, SEGÚN LA SEVERIDAD DE LA PROBLEMÁTICA. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA, ENERO – JUNIO 2009

CUENCA – ECUADOR. 2009

test de drogodependencia	N:	%
Consumidor social	2	10%
Usador	3	15%
Abusador	4	20%
Dependiente	11	55%
Total	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*** ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS**

En esta investigación se puede estipular que de los veinte adolescentes que se encuentran internos en la Comunidad Terapéutica Juvenil el 10% son consumidores sociales, en base a los ítems de la encuesta realizada, el 15% son usuarios, el 20% de los mismos son abusadores ya que consumen de una forma regular, frecuente y de modo continuo y con ciertas interrupciones y el 11% son dependientes ya que no pueden abstenerse ni detenerse, llamándose obsesivos compulsivos.

Con importantes factores dinámicos relacionados con la inestabilidad familiar y / o la desestructuración socioambiental, y con significados individuales propios de las conductas inconvenientes o desadaptadas con manifestaciones morbosas psiquiátricas, conviene resaltar que la mayoría de los adolescentes en estudio aumenta el consumo de los psicoactivos en edades tempranas, agravando el cuadro y llegando a ser un problema para la sociedad, su familia, y para su propio desarrollo normal.

De cualquier forma, se reconoce que el consumo alto o prolongado de drogas puede producir drogodependencia en cualquier persona, y que la única semejanza válida que existe entre los drogodependientes es el de consumir repetidamente hasta llegar a la tolerancia y la dependencia física y psicológica como consecuencia del consumo indiscriminado.

TABLA N. 8.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PROBLEMAS DE DROGAS, DE ACUERDO AL TIPO DE DROGAS UTILIZADAS. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACIÓN AYUDA MUTUA, ENERO – JUNIO 2009

CUENCA – ECUADOR. 2009

TIPOS DE DROGAS	N.-	%
alcohol	20	100%
cigarrillo	18	90%
inhalantes	15	75%
marihuana (hierva)	18	90%
polvo de cocaína (bazuca)	18	90%
exclusivamente alcohol	1	5%
benzodicepinas (pepas)	1	5%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*** TIPO DE DROGAS**

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio, los adolescentes que se encuentran internos en la FAM, el 99 % de los mismos consumen múltiples sustancias psicoactivas a excepción de un adolescente que es alcohólico puro. Como observamos en la tabla.

En algún tiempo se creyó que el alcoholismo debía ser distinguido del uso de otro tipo de drogas. Actualmente, la tradición de catalogar a los que abusan de drogas, en términos del tipo de sustancias que abusan está siendo controvertido, por el aumento de la evidencia del uso múltiple de droga. Existe una considerable evidencia de que el alcohol es frecuentemente un componente del poliabuso de drogas, como se observa en la tabla.

La ingesta empieza habitualmente en la niñez o en la adolescencia. Motivada por varios factores, entre estos tenemos los culturales, aprendiendo muchos en el seno de su propia familia, (por influencia de sus padres principalmente) o, en la interacción con sus grupos iguales.



La gran parte de la población, participa de la subcultura de ingestión excesiva. Considerándose normal, situación que llevará a una apreciable proporción de estos sujetos en los años siguientes a ser drogadictos crónicos y a la dependencia física y psicológica de las sustancias psicoactivas.

Otra variable concurrente en la ingestión anormal son su relación inversa con el nivel socioeconómico y el nivel de instrucción formal, y la relación directa con la edad y la facilidad del acceso a las drogas.

También en esta investigación se ha observado con frecuencia que el consumo de drogas son para escape de los problemas que presentan la familia, entre ellos consumo de uno de los progenitores, promiscuidad de las madres, seguimiento de conducta de hermanos mayores, entre otros.

De acuerdo a todos los problemas antes expuestos los adolescentes se sienten ansiosos, irritables, agresivos, enmascarando síntomas de depresión, por estos factores tienen deseos de consumir para escapar de los problemas que se presentan en esta fase, que por sí sola es una etapa de crisis en la adolescencia.

TABLA. N. 9.

DISTRIBUCIÓN DE 20 PACIENTES DROGODEPENDIENTES. SEGÚN EL ANTECEDENTE DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS VIVIDAS. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACION AYUDA MUTUA. ENERO – JUNIO 2009

CUENCA – ECUADOR.

EXPERIENCIAS NEGATIVAS	DEPRESIÓN PRESENTE	
	N.	%
Padre ausente	7	35%
Maltrato de los padre	7	35%
hogares multiproblemáticos	6	30%
Sin experiencias negativas	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: La autora.

*** EXPERIENCIAS NEGATIVAS VIVIDAS.**

El antecedente a cerca de experiencias negativas vividas, por los pacientes que intervienen en esta investigación, desde etapas tempranas de su vida como en la infancia, hasta la etapa de adolescencia, abarca algunos acontecimientos importantes y con gran trascendencia en la vida de los pacientes, en este estudio, en el grupo de pacientes que recibieron el diagnóstico de depresión, el antecedente de padre ausente, alcanza un 35%, maltrato de los padres 35%, hogares multiproblemáticos 30%.

Se puede observar que hay conflictos y patrones disfuncionales, como rupturas drásticas con la familia de origen, estancamientos en la lucha de poder, conflictos entre las responsabilidades conyugales y parentales, también existen conflictos en el hijo adolescente como una resistencia a vivir en una nueva etapa, como reglas rígidas, rebeldía, apareciendo por esta razón patrones disfuncionales como el aparecimiento del chivo expiatorio, en este caso puntual el consumo de diferentes tipos de drogas, pudiendo ser para calmar la ansiedad que se esta causando en esta etapa.

CUADRO N. 10.

DISTRIBUCIÓN DE 20 PACIENTES DRODEPENDIENTES. SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR VALORADO A TRAVÉS DEL TEST DE APGAR. . COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACION AYUDA MUTUA. ENERO – JUNIO 2009.

CUENCA – ECUADOR. 2009

APGAR FAMILIAR (PUNTAJE)		
	N.	%
18 - +	2	20%
14 - 17	0	0%
10 - 13	0	0%
0 - 9	18	80%
TOTAL	20	100%

Fuente: Directa

Elaboración: La autora

*** CARACTERISTICAS FAMILIARES.**

Funcionamiento familiar.

El funcionamiento familiar en el grupo de estudio, valorado a través del test. De Apgar, nos demuestra que el 80% de los adolescentes el funcionamiento familiar es defectuoso, y que solo el 20 % presentó un buen funcionamiento familiar. Es decir que la familia es un factor muy importante para evitar que las crisis de los adolescentes queden estancadas y de esta manera evitar problemas de drogas y depresión en los chicos.

Los adolescentes sienten intensamente y cambian a menudo de estado de ánimo actuando en muchas ocasiones de forma impulsiva, en esta etapa la energía es extraordinaria, en forma normal sería canalizarlas mediante el ejercicio, el uso adecuado del tiempo libre, entre otros, pero en este estudio se observa que esa energía que emana de cada adolescente se dirige hacia lo negativo.

En cuanto al panorama familiar, los adolescentes ven a sus padres con limitaciones y defectos, e incluso les muestran rechazo a las bases identificadoras de la infancia es decir de sus imágenes parentales, por lo tanto desean diferenciarse de los padres y esa será su lucha en los años de adolescencia.

TABLA N. 11.

**CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE EL TIPO DE DROGAS QUE
UTILIZAN LOS ADOLESCENTES.**

CUENCA – ECUADOR. 2009

PREGUNTAS DE LA FAMILIA FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE SU HIJO	N.	%
	20	100%
ALCOHOL	17	85%
TABACO	17	85%
MARIHUANA	7	35%
CEMENTO DE CONTACTO	15	75%
POLVO DE COCAINA	7	35%
OTROS (PEPAS) benzodiacepinas	1	5%

Fuente: Directa

Elaboración: La autora

* En esta tabla se puede observar que la familia esta informada sobre las drogas que consumen, se puede decir que la familia no conoce todos los tipos de drogas por no ser de expendio lícito y esta práctica lo hacen a escondidas de los mismos, los familiares se dan cuenta exclusivamente cuando empiezan a tener problemas en la escuela, cambios de humor frecuente, irritabilidad, perdidas de dinero, luego aumentando las salidas sin explicación, entre otras. Que se van agravando de acuerdo al uso y la frecuencia del consumo.

Explicando además que las familias saben que consumen varias sustancias, y al inicio el alcohol, por los síntomas que presenta durante la intoxicación, que son notorios.

El drogodependiente es siempre víctima de una situación social determinada, los seres humanos a través de su comportamiento buscan la adaptación a su medio, así pues prevenir la drogodependencia supone incidir de forma directa sobre los fenómenos de toda índole (personales, influencias microsociales o interpersonales e influencias ambientales globales) que faciliten en ciertos sujetos, el desarrollo de pautas disfuncionales de consumo de sustancias psicoactivas, y luego por una autoestima baja de los efectos que produce las drogas, inician una depresión y generando un círculo vicioso.

TABLA N. 12.

**CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS SOBRE EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DE SUS HIJOS.**

CUENCA – ECUADOR.

PREGUNTAS FAMILIAS A SU FAMILIA	SI	%	NO	%
Cree que su hijo esta creciendo normalmente	0	0%	20	100%
Piensa que el peso y talla de su hijo son normales	10	50%	10	50%
Cree que su hijo padece alguna enfermedad del cuerpo	9	45%	11	55%
Cree que su hijo padece alguna enfermedad en su mente	20	100%	0	0%
Tiene problemas con relacionarse con su hijo	20	100%	0	0%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*Cuando se pregunta a la familia de forma general como esta su hijo, existe un inseguridad en contestar, ya que la familia por sus propios problemas, sean estos económicos, familia con un solo padre/madre, abandono, entre otros, dejan de lado a sus hijos siendo esto un riesgo para su normal crecimiento y desarrollo del adolescente.

Todos los padres tienen problemas en relacionarse con sus hijos que consumen drogas, esta tabla corrobora el mal funcionamiento que tiene los miembros de la familia, ya sea por su baja implicación y supervisión del adolescente, o disciplina incoherente entre rígida, colérica, o permisiva.

Es decir la familia reconoce que el adolescente tiene problemas en el crecimiento y desarrollo, en el área física y principalmente en el área mental y social, los adolescentes como se encuentran en un proceso de crecimiento, su identificación con el grupo, y al mismo tiempo el rechazo a los padres suelen no tener la confianza ni la comunicación asertiva que se debería utilizar para trabajar en las dificultades que presenta esta etapa.

TABLA N. 13.

**PROBLEMAS MAS FRECUENTES QUE PRESENTAN LOS ADOLESCENTES Y
OPINIONES DE LA FAMILIA. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACION
AYUDA MUTUA. ENERO – JUNIO 2009**

CUENCA – ECUADOR. 2009

	N.-	%
MALA COMUNICACIÓN	16	80%
MAL CARÁCTER	3	15%
SALE DE LA CASA SIN PERMISO PARA CONSUMIR DROGAS	3	15%
TERCO	4	20%
AGRESIVO	9	45%
IRRITABLE	4	20%
OTROS (padres periféricos, alcohólicos, autoritarios)	15	75%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*Como habla Erikson, el adolescente tiene que resolver el conflicto de identidad versus la confusión de la identidad para poder convertirse en un adulto, el yo del adolescente organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de las personas a las exigencias de la sociedad, y adaptarse a las reglas y limitaciones de la familia. si no puede el adolescente resolver la crisis de identidad, aparece la rebeldía, timidez, tristeza, aislamiento, depresiones, deserciones de la escuela, problemas de salud, problemas psicosociales como delincuencia juvenil, drogodependencias, entre otras.

Una vez que los adolescentes han ingresado al mundo de las drogas, inicia una metamorfosis en sentido negativo para el normal desarrollo, de acuerdo al tiempo y tipo de drogas que consuman hay una involución en los valores, presentando trastornos de personalidad, con sus características propias que se encuentran en la tabla.

Se puede decir que la comunicación del sistema familiar de todas las familias de la investigación no es asertiva por lo que esta produciendo dificultades para poner límites, reglas, y tener compromisos dentro del seno familiar.

TABLA N. 14.

**CONOCIMIENTO DE LAS FAMILIAS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE EL
COMPORTAMIENTO ESCOLAR Y SOCIAL. COMUNIDAD TERAPEUTICA
JUVENIL FUNDACION AYUDA MUTUA. ENERO – JUNIO 2009**

CUENCA – ECUADOR. 2009

	SI	NO
Tiene su hijo problemas con el rendimiento escolar	20	0
Tiene su hijo problemas con los maestros	19	1
Tiene su hijo problemas con sus compañeros de clases	19	1
Tiene su hijo problemas con el trabajo	7	13
Cree que su hijo es bien aceptado en su grupo de amigos	10	10
Cree que su hijo tiene con usted suficiente confianza	0	20

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*De acuerdo a esta tabla se observa que el 90% de los adolescentes presentan problemas a nivel escolar, por el consumo de drogas y la depresión que presentan.

En términos psicosociales, los adolescentes son el resultado de una educación y una relación afectiva, que los mantienen en las gratificaciones primarias, sin dejar de lado las otras necesidades como de nutrición, recreación, orientación, independencia entre otros. Todos estos elementos son importantes para seguir y superar correctamente el ciclo de vida, y si esto no es de manera ordenada, los adolescentes empiezan a tener dificultades, el trabajo será arduo y delicado para la familia si no se toma medidas al inicio.

Se puede decir también que el sistema escolar no tiene la cultura de lidiar con adolescentes que presentan crisis, en ese caso solo son llamados la atención con frecuencia, en otros casos avergonzando frente a todos los compañeros, produciendo en los adolescentes una baja autoestima, generando sentimientos de inferioridad, problemas de ansiedad, depresión, deserción escolar, siendo un factor de riesgo para ingresar al mundo de las drogas.

Sus familiares comentan que el 10% de los adolescentes que consumen, no son bien aceptados en el grupo de amigos que no utilizan sustancias psicoactivas, y además que el 100% de los hijos no confían en los padres, por diferentes razones, dentro de los cuales son las llamadas de atención constantes por su problemática, antes de acudir a buscar ayuda terapéutica, y



también en esta etapa los amigos están en primer lugar, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social.

Los adolescentes con problemas de drogas y depresión generalmente tienen dificultades en el rendimiento escolar, con los profesores y con los compañeros de clases.

La falta de expectativas y guías claras por parte de los adultos puede resultar un problema para el adolescente a la hora de adaptarse a las nuevas exigencias y responsabilidades, también inician una independencia frente a sus padres generando también inseguridad y ansiedad.

TABLA N. 15.

A QUIENES ACUDEN LOS ADOLESCENTES, CUANDO TIENE PROBLEMAS. COMUNIDAD TERAPEUTICA JUVENIL FUNDACION AYUDA MUTUA. ENERO – JUNIO 2009

CUENCA – ECUADOR. 2009

CUANDO SU HIJO A TENIDO ALGUN PROBLEMA ACUDE A:	N.-	%
PADRE	0	0%
MADRE	6	30%
MAESTROS	0	0%
AMIGOS	20	100%
OTROS (MADASTRA, HERMANO)	2	10%

Fuente: Directa

Elaboración: la autora

*los adolescentes se concentran en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, y experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares, además tener habilidades para establecer relaciones con los adultos para un buen proceso de crecimiento, llegando ha ser un adulto autónomo e independiente.

La adquisición de una plena madurez se consigue en un periodo más o manos largo, donde los logros se van asentando lentamente en interacción con el medio familiar, escuela, grupos de pares. Los adolescentes necesitan ser apoyados por sus padres, y los adultos que lo rodean para que sus relaciones se fortalezcan y haya un garantía de la propia personalidad, es aquí donde desean independizarse de los padres, pero cuando este proceso falla y entran en crisis y como consecuencia los diferentes problemas que consiguen, y como es el tema de estudio en este caso el ingreso al mundo de las drogas.

De esta manera la encuesta realizada a la familia en esta investigación se puede determinar que cuando los adolescentes tienen problemas acuden el 100% donde sus pares, recordando que en esta etapa de la vida los amigos son los más importantes, hay sentimientos intensos, sinceros y confianza. Existe un número no tan significativo del 30% que acuden donde su madre, aquí los adolescentes manifiestan que sus madres son en ocasiones sobreprotectoras, manipulables, de igual forma permiten un mejor acercamiento de sus hijos Además un 10 % de ellos acuden a otras personas, sean estas por amistad o tener intereses comunes.



ANALISIS DE LOS GENOGRAMAS.

Del análisis de los familiogramas de los adolescentes que se encuentran internos en la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua, se ha podido observar semejanzas que pasa en las familias de los adolescentes que han ingresado al mundo de las drogas, pudiendo definir de la siguiente manera

1. Los límites son rígidos, con poca comunicación y contacto emocional, no tienen lealtad con ningún miembro de la familia, esta situación produce familias con excesiva independencia en la que cada miembro hace lo que quiere sin respeto a la autoridad.
2. El 90% de las familias son multiproblemáticas, es decir los roles que representan cada miembro de la familia, no esta de acuerdo con lo óptimo de una familia funcional.
3. Las familias no pueden cumplir adecuadamente las funciones biológicas (protección nutrición), psicológicas (afecto, apoyo, y orientación) y sociales (moral y actitudinal) que debe cumplir la familia, todos estos factores producen un efecto nocivo en los adolescentes buscando en la calle lo que no encuentran en su casa, y enmascarando y en muchos casos trastornos depresivos, con síntomas de tristeza, irritabilidad, agresividad, entre otros.
4. En esta investigación se puede determinar que hay ausencia de los padres, maltrato infantil, drogodependencia intergeneracional, promiscuidad de sus progenitores, problemas económicos, hacinamiento, de esta forma afecta el desarrollo armónico de sus integrantes, generalmente aparece violencia intrafamiliar en sus diferentes formas de manifestación: física emocional, o negligencia, modelando actitudes a las siguientes generaciones dando lugar a una forma a una forma de vida y convivencia frustrante y desagradable, poniendo al adolescente como chivo expiatorio, el mismo que cumple una función de proteger al resto de los miembros del grupo familiar.
5. El 90% de las familias que acuden a la Fundación Ayuda Mutua les ingresan por problemas de drogas de sus hijos adolescentes sin reconocer la culpabilidad de la familia y endilgando el problema al adolescente.

6. Todas estas causas pueden producir depresión o drogodependencia ya que no logran salir del sistema, con factores de riesgo que aumentan en la normal crisis de adolescencia

Genograma N.1.

Los subsistemas en esta familia están conformados por subsistemas abuelos, subsistema conyugal, subsistema parental, subsistema filial. Los roles idiosincrático de hijo drogadicto, con reglas implícitas de que la familia es normal y solo tienen un chivo expiatorio, la familia se desliga de su participación de una familia disfuncional, de esta manera las fronteras son difusas ya que determinan un sistema aglutinado, aquí se una familia extensa con diferentes familias nucleares dentro de una familia extensa, y por ser el padre periférico, y madre permisiva, la jerarquía esta en manos de una de las hijas recién casada y con un embarazo, llamada así hija parental, formando esta una alianza con su madre, para equilibrar la disfuncionalidad de la otra familia, hijo casado alcohólico con hija política y dos nietos, a los que la abuela se hace cargo de responsabilidades que no le corresponde. Danos cuenta que no existe límites ni reglas claras dentro de los sistemas familiares.

El involucramiento en esta familia es de padre periférico, madre permisiva demasiado involucrada con los otros sistemas, hija parentalizada, chivo expiatorio, que dan poca permeabilidad para mejorar la funcionalidad de la familia. La comunicación es enmascarada e indirecta, que da un mensaje confuso y rígido a otro receptor, no existe respuesta afectiva positiva, ni presenta emociones, las mismas que están bloqueadas. Dentro de los controles de conducta la familia maniobra en forma caótica, de esta manera la función del adolescente que hace el síntoma es de ocultar de los demás miembros de la familia los problemas y dificultades que tiene la familia extensa.

De acuerdo a esto se puede decir que la drogodependencia del adolescente en estudio es el efecto de la familia caótica en que vive, ya, que incluso por problemas, y alcoholismo intergeneracional, esta admitido el consumo, y no se puede obviar los factores de riesgo que esta presente para el adolescente, de allí también la hipótesis que el adolescente puede estar con un cuadro depresivo manifiesto, por el problema familiar que tiene, y por el consumo de drogas, ya que con estas dos patologías inicia un descenso en el autoestima, y

por ende una desvalorización de su personalidad siendo un factor de riesgo para continuar depresivo o drogado.

Genograma N. 2.

De la misma manera esta familia pertenece a una familia extensa disfuncional, con subsistemas, abuelos, conyugal, parental, filial. Con roles de conductas repetitivos disfuncionales que cargan la familia. De esta manera los roles idiosincráticos es de hijo drogadicto. No existe reglas dentro de la familia, no existe límites dentro de los miembros de la familia sus conductas son inadecuadas, existe maltrato intrafamiliar, con reglas implícitas de que no pueden comunicar. Los roles son de límites rígidos, produciendo un subsistema desligado, por lo que el adolescente en estudio, toma sus propias decisiones, y siendo un factor de riesgo importante el comportamiento familiar para que este en el consumo de drogas, y por ende que presente depresión, por sus múltiples problemas que tiene la familia, llegando a ser él el síntoma.

La jerarquía en esta familia es la del esposo de su madre, se observa como una persona dominante, incluso por la edad que es el doble de su madre, este toma las decisiones las mismas que son autoritarias, y no permite la comunicación. Observando en el Genograma unas relaciones mala entre la familia. Aquí también se puede observar la permisividad de la madre, equilibrando de esta manera el maltrato de su padrastro.

Se puede decir que el nexo causa – efecto, entre la gravedad de su trastorno y los problemas vividos en la familia, ya que la ausencia del padre atribuye una importancia central en la elección de consumir drogas para evadir el sufrimiento que esta pasando el adolescente, es decir que el rol paterno es determinante para impedir la implicación de los hijos en las drogas, ya que parecen más expuestos al riesgo los adolescentes que se sienten investidos por sentimientos de desconfianza por parte de la madre.

La figura paterna resulta significativamente importante para ayudar y sostener los problemas y las decisiones personales de los hijos, las madres más idóneas para proteger a los hijos del riesgo de la s drogas parecen ser las emocionalmente cercanas y proclives a ofrecer confianza



Genograma N. 3.

En esta familia se puede observar que el adolescente vive con sus abuelos, ya que por problemas de violencia familiar y madre con problemas mentales, fue abandonado, en su infancia, el padre forma otra familia, y el infante queda a cargo de sus abuelos, se puede decir que la abuela tiene una mala relación con su esposo largos años, es una familia extensa conformada por hijos de sus hijos que son migrantes, aquí se puede aclarar, que la condición socio cultural de los abuelos tiene fronteras y límites rígidos, produciendo conductas inadecuadas y familias desligadas, que cada uno hace lo que quiere. Con roles idiosincráticos de nietos drogadictos. No existen reglas claras dentro de la familia produciendo conductas inadecuadas, con reglas explícitas de que cada uno haga lo que quiere, la jerarquía esta dada por la abuela, esta involucrada con poca permeabilidad haciendo que se mantenga la homeostasis familiar, dentro del caos que tiene la familia. las relaciones es de intensidad débil, y de conflicto entre los miembros, dándose como efecto familia drogodependiente, sin dejar de lado que los miembros sufren de depresión por los múltiples problemas que presentan cada uno de ellos, en esta familia extensa conformada de subsistemas conyugal (Abuelos) subsistema filial hermanos y primos.

El rechazo de los padres produce hijos agresivos, que a su vez, son rechazados por los grupos "normales" y encuentran refugio en grupos de iguales semejantes a ellos. A estos adolescentes no les queda más que la exclusiva confianza en los "valores a corto plazo" ofrecidos por el grupo de sus coetáneos.

También se puede decir que existe una relación entre el adolescente drogodependiente y el ciclo maniaco depresivo, siendo por la debilidad del Yo, que el adolescente recurre a las drogas para echar mano de la reacción maniaca como defensa contra el sufrimiento depresivo, se dice que las drogas permite fantasías de gratificación de la madre ausente, por este medio se niega o destruye toda situación persecutoria y se refuerza la omnipotencia narcisista infantil, estrechamente conectada con la exaltación maniaca.

Genograma N. 4.

El paciente procede de una familia nuclear, su padre presenta problemas de alcoholismo de la misma forma que sus abuelos murieron por esta enfermedad, su madre procede también de padre alcohólico, maltratante, corroborando que la mala relación que tiene el sistema conyugal es por lealtades invisibles y de forma inconsciente de buscar en su esposo lo que sufría con su familia de origen. Es decir con este compromiso forman sistema familiar disfuncional, de aquí que los subsistemas tiene fronteras y límites difusos dando como una familia aglutinada, de igual forma tiene roles tradicionales de papá, mamá, hijos, abuelos, y de roles idiosincráticos de madre tonta, y padre alcohólico, abuelos alcohólica, las reglas de esta familia son incoherentes, en el decir y en el hacer, educan a sus hijos de forma negativa, llegando hasta el maltrato intrafamiliar, como producto de una familia caótica, con falta de jerarquías, fronteras, roles, reglas, etc.

El grado de involucramiento del padre es periférico, la permisividad de la madre, la falta de afecto hacia el adolescente, la permeabilidad con el medio ambiente es poco permeable, ya que el padre del adolescente no acepta sugerencias, aconsejaría o intervención, se encuentra en una franca negación con su problema de alcoholismo, el lo hace como una forma normal, ya que es un problema intergeneracional, y como una hipótesis el efecto de drogas y depresión en el adolescente.

Es decir la familia esta centrada en criar y reinsertar a los hijos en al sociedad y de los roles afectivos materno, paterno y el adolescente. De esta manera en la familia del drogodependiente se da una sobrecarga de valores maternos, que debilita por lo tanto la función típicamente paterna de facilitar el distanciamiento de la familia a través de la separación del hijo de la madre, a partir de la fase adolescente típico de la simbiosis madre- hijo y no esta preparado para el impacto de las normas sociales, siendo englobado fácilmente en grupos "vacíos", en los que se replica el mismo tipo de clima afectivo y de lenguaje, mediado también por el abuso de sustancias que permitan la permanencia en la dimensión afectiva del crecimiento imposible.

En esta investigación prevalece una concepción del adolescente síntoma como funcional a la estabilidad de la pareja conyugal, es decir, la idea es que el síntoma funciona como regulador de la pareja conyugal, asumiendo un rol homeostático, en condiciones de distraer la atención de los padres de sus propios conflictos, asumiendo para los padres la función tanto de canal de comunicación, como de factor desorientador de trastorno, que con su comportamiento previene la cristalización de sus conflictos, por su parte el adolescente busca un estado de enfermedad, para situarse de manera infantil, en el centro de la atención de los padres, evitando así la separación del sistema conyugal, el adolescente actúa de regulador ofreciendo a la familia la amenaza de la droga a cambio de una mayor estabilidad de los padres.



Genograma N. 5.

El adolescente proviene de una familia monoparental, con subsistemas filial, y de fratria, con una relación mala con todos los miembros del sistema, con fronteras rígidas, ayudando que cada miembro tome diferente camino. El adolescente tiene ruptura drástica con el padre dando conflictos parentales, por ser madre sola, los problemas económicos, el trabajo y con una vida promiscua, los hijos permanecen solos, observándose en el adolescente carente de afecto y por lo que busca alternativas en los grupos de pares. Esto comprobándose una vez más que es un riesgo dentro de la familia la figura paterno, el balance de los deberes y los derechos no existen, por lo que existe reglas rígidas, rebeldía, no existe negociación en las reglas y límites del adolescente, además por estos antecedentes tiene conflictos en su relación entre la fratria. De la misma manera por la falta de apego, de forma inconsciente busca los efectos de las drogas para evitar el sufrimiento, de la misma forma busca un afecto en una relación sin compromisos, utilizando pautas repetitivas que corresponden a un mismo patrón, como consecuencia una retroalimentación fija con un estancamiento en el desarrollo normal del adolescente.

La jerarquía está en poder de la hermana mayor, la parentalización se considera patológico, ya que la jerarquía tiene que ser de la madre. Existe también la dificultad en integrar a un nuevo miembro en la familia en diferentes etapas (novios de su madre), todos estos factores ponen en riesgo al adolescente ingresando a la drogadicción y en un estado depresivo por no tener bases sólidas en su familia para mejorar su crisis.

Genograma N. 6.

El adolescente procede de una familia disfuncional, con abandono de la madre, vive dentro del subsistema abuelos, ya que su padre murió cuando el tenía 5 años, (observo que su madre lo asesina a su padre cuando estaba alcoholizado), no tiene contacto con sus hermanos, la jerarquía, tiene su abuela con límites difusos, reglas permisivas para el adolescente y rígidas en el subsistema abuelos, y por el alcoholismo de su abuelo, produce un desapego, con sensación de aislamiento, se debe anotar también que el adolescente presenta una patología de gran mal, también una violación que es un factor más para el aislamiento y la crisis de identidad del menor, todo esto siendo un caldo de cultivo para drogarse, y evitar el dolor que produce los recuerdos del adolescente.

Nuevamente se puede decir que existe una relación entre las toxicodependencias y el ciclo depresivo, esto es por la debilidad del Yo, ya que recurre a las drogas para evitar el sufrimiento en la fase depresiva, necesita ser gratificado por la falta de sus padres, hermanos, y una familia normal, el apego mismo, las expectativas, que tiene el adolescente.

En el desarrollo del adolescente ha registrado desilusiones precoces, continuas y repetidas, e aquí la naturaleza auto agresiva del comportamiento, no solo en el acto de drogarse, sino en toda la serie de situaciones de riesgo que lo ven como protagonista, la imposibilidad de acceder en el imaginario a un objeto investido de afectos negativos, comporta una relación extremadamente tenue con el objeto, que permanece alejado e inutilizable, por lo que debe ser remplazado por otro objeto parcial y continuamente renovable, como las sustancias psicotrópicas. Estos de debe a la economía depresiva de la psique que vuelve el objeto exigente y tiránico, a su vez hace que sea una función defensiva y reguladora de los momentos de crisis en los que recurre la estructura patológica profunda.

Genograma N. 7.

En este Genograma se puede observar claramente que el adolescente procede de una familia ensamblada, con un padre ausente y que tiene una mala relación con el mismo, además tenía dificultades de integración con el nuevo miembro a la familia, todas estas crisis han sido estancadas dando como síntoma al adolescente.

En este sistema existen los subsistemas conyugal, parental, parento-filial fraternal, e individual.

Los límites en esta familia son rígidos, no existe una salida o entrada de información con facilidad, permaneciendo estancadas, por lo que también aquí los roles son rígidos. No tienen alternativas, utilizan pautas repetitivas, que corresponden a un mismo patrón, existe una retroalimentación fija, estas actitudes provocan desapego, sensación de aislamiento, y por ende produce relaciones distantes.

La jerarquía en el sistema lo tiene su madre, con una buena diferenciación entre los roles de cada miembro, se puede decir que no existen una jerarquía clara que es el requisito necesario para la funcionalidad de la familia. Aclarando que la madre viene de una familia disfuncional, alcohólica y maltratante, y en su búsqueda inconsciente se casa con el padre del adolescente en estudio que viene con un patrón parecido a la de sus padres.

Existe una coalición de los dos hermanos mayores traspasando las fronteras generacionales y perturbando la jerarquía familiar.

Aquí se puede decir que existe un hilo conductor que ligaba las dificultades vividas por los padres desde su infancia y la repercusión de estas vivencias en la formación de la pareja y en el posterior estilo de asistencia de los hijos con el tipo de sintomatología desarrollada en el adolescente en estudio. En esta familia existe un mecanismo interactivo dominante, que impregna la comunicación familiar, al que se puede denominar minimización, una modalidad particular de desconocimiento de la realidad, y que no consiste en negar o esconder el desarrollo de los acontecimientos reales, sino amortiguar la relevancia emocional que los acompaña, sobre todo cuando se trata de dolor ligado a eventos de alcance traumático. Como vemos en el Genograma son problemas intergeneracional que ha causado impacto en los subsistemas abuelos, padres, e hijos. Aquí el adolescente cumple una función superior y denegatoria, el adolescente negaba haber sufrido experiencias traumáticas en la familia, no consigue acceder a la percepción y tolerar, tanto desde el punto de vista cognitivo como afectivo, que exista una conexión entre la gravedad de



su sintomatología actual y el sufrimiento de haber sido pasado toda la niñez y la adolescencia.

Como una segunda hipótesis según cual los padres del toxicodependiente transmiten intergeneracionalmente una cultura afectiva y relacional adquirida en la relación de los respectivos padres cargada de aventuras carenciales y traumáticas, pero impensables como tales, no elaboradas o inexpresivas, siendo un grave obstáculo para una adecuada ascenso del rol parental.

Genograma N. 8.

En este Genograma se estudia a dos adolescentes que se encuentran internados en la comunidad terapéutica los mismos que son hermanos. Proceden de una familia con disfuncionalidad conyugal, parento filial, promiscuidad de parte de la madre, depresión en los hijos, y drogodependencia.

En este sistema esta conformado por varios subsistemas:

Subsistema conyugal con roles y límites difusos, reglas no claras, no existe una buena comunicación, padre periférico por la condición económica que no es suficiente, el padre se ausenta, de la familia para laborar en otras ciudades, por lo que esposa en esas épocas decide tener aventuras con otros compañeros sentimentales, en la misma casa, siendo observada por los hijos, y por consiguiente, los hijos deciden salir de la casa a los parques o calles como ellos refieren, encontrando amigos que lo entienden, y como efecto consiguen mitigar el dolor que sienten en el consumo de drogas.

El subsistema parento filial, sin reglas claras, con límites difusos, mala comunicación, maltrato infantil por parte de los padres, y como consecuencia de estos problemas los hijos hacen síntoma. Con la función de desvirtuar los problemas conyugales.

En el subsistema fratria, se observa una coalición del segundo y tercer hijo en contra de su madre, esto como efecto de los problemas antes mencionados entre los conyugues, pero principalmente de la madre, por la infidelidad de la misma.

En los subsistemas individuales, tienen reglas difusas, con límites rígidos, permisividad de madre, mala comunicación entre los miembros, por lo que los hijos salen de casa sin compromisos, abandono de la escuela, problemas entre compañeros, drogodependencia, con falta e valores, con todas estas causas tienen como efecto hijos drogodependientes y depresivos, no se puede decir



que estos chicos, desean olvidar todo el dolor que siente, por la disfunción que tiene su familia, en el ingreso al mundo de los psicoactivos, que con el tiempo que usan tendrán sus propios efectos, en las aéreas bio-psico-social y espiritual. Y en caso de depresión aumentará hasta tener problemas maniaco depresivos, o intentos de suicidio, aclarando que con el consumo de drogas indirectamente buscan la muerte.

Genograma N. 9.

El Adolescente viene de una familia divorciada, es el tercero de cinco hermanos, el mismo que fue entregado ala abuela paterna a la edad de 6 años para su crianza luego del divorcio.

Al momento la familia esta compuesta por dos padres con nuevos compromisos.

El padre tiene problemas de alcoholismo, y su madre presentaba problemas por una patología maniaco-depresiva por los problemas de comunicación, el alcoholismo de su esposo, problemas económicos, la crianza de los hijos, y luego la separación del subsistema conyugal, y paterno-filial.

En esta familia existían límites, roles, reglas, rígidas produciendo miembros desligados, dentro del sistema familiar.

En esta familia existe el subsistema abuelos. Que tienen la custodia del adolescente, los límites en esta familia son difusos, permisividad de los abuelos para con el adolescente, además se puede decir que el nivel de escolaridad de los abuelos y los padres es de primaria incompleta, campesinos, con dificultad para comunicarse, y mantener un dialogo asertivo.

Los subsistemas paterno-filial, roles, limites, reglas rígidas, mala comunicación, maltrato infantil.

El subsistema fratria. No existe contacto con los hermanos, primero por vivir con los abuelos desde los seis años, luego a los ocho sale y se pierde. Se encuentra a los doce años por la DINAPEN, ingresándolo a la Comunidad terapéutica donde se logra encontrar a la Familia.

Estos antecedentes se puede decir que el rol de los padres y la ausencia de responsabilidades, es un terreno favorable para arraigar y hacerse manifiesta en la drogodependencia del adolescente, aclarando también los factores de riesgo que ha tenido que pasar el menor para pasar a la iniciación de los

psicoactivos, como un calmante para todas las frustraciones que ha tenido en su corta vida.

En síntesis el adolescente procede de una familia caótica, carente de afecto, negativa, distante, inconsistente o desvalorizadora, que han dado lugar a dificultades en la fase de desvinculización, enunciando además que la misma crisis de identidad del menor ha arruinado el crecimiento idóneo del menor, y como resultado tenemos el toxicodependiente adolescente, lleno de resentimientos, venganza, dolor ante todo esta tragedia que ha tenido.

Genograma N. 10.

El adolescente de este caso procede de una familia nuclear con madre muerta en el alumbramiento de la última hija. Además abuelos de ambas partes están muertos. El padre por la pérdida de su esposa se vuelve periférico, luego tiene un nuevo compromiso, dejando el cuidado de los hijos con el hermano mayor, el mismo que toma un rol parental (hijo paretalizado), el mismo que al poco tiempo el adolescente tiene la autonomía y sale del sistema, los demás hijos quedan al cuidado de un tío materno que también con los años forma su propia familia, los niños crecen en un ambiente de límites rígidos, reglas no muy claras, con ausencia de los padres, falta de afecto, y mala comunicación, maltrato por parte del tío, siendo estos factores de riesgo importantes para el involucramiento de los adolescentes en los tóxicos, y el deseo de exportar al exterior la ira, la agresividad, y las otras carencias que presenta.

El subsistema paterno- Filial. Profundamente privativa, no existe un tercer razonable que revele la inadecuación del cuidado, la carencia de esta función debe atribuirse sobre todo a la posición del padre como ineficaz o negligente en representar su rol paterno.

Dentro del subsistema fratría los hermanos aparentemente se llevan bien existiendo una coalición con el segundo hermano para salir a buscar la sustancia que por el momento les salve de la angustia en que están viviendo, con los otros hermanos manifiesta llevarse bien. Por el consumo el adolescente se ha callejizado permaneciendo en la banda de su hermano mayor y sus compañeros, pudiendo ser por imitación o por el mismo efecto de las drogas.

En el subsistema individual, se puede decir que por el efecto de las drogas como consecuencia del trauma de falta de padres, falta de identidad, imitación del hermano, falta de reglas claras, pasando a ser un instrumento para satisfacer las propias necesidades de realización social, de redención o de emancipación del adolescente de la familia de origen



Es decir esta familia pasa a ser multiproblemática, por los diferentes efectos que están presentando los miembros de la familia.

Indicando una vez más que las drogas y la depresión van de la mano en los adolescentes, por los múltiples problemas que tienen que enfrentar.

Genograma N. 11.

El adolescente pertenece a una familia con tres generaciones. Abuela viuda, de dos esposos alcohólicos. Madre soltera, y una hermana con su propia familia.

En el subsistema paterno filial.- presenta límites difusos, mala comunicación, hija parentalizada, reglas difusas, hay una ausencia de fronteras madre-hijo. Las funciones no están claras, con una debilidad en la organización jerárquica, Como consecuencia adolescente confundida. Es decir la madre cumple con un rol de observadora atenta pero distante ya que deja el cuidado del hijo a la abuela, la abuela por su parte permanece más fiel a su rol natural, de esta manera cuando la madre quiere poner una regla, la abuela compete para evitar el castigo al nietecito.

En el subsistema fratria.- los hermanos tienen una buena relación, con una adecuada comunicación a base de respeto y valores.

En el subsistema individual.- aquí existe una falta de figura paterna por lo que no existe una buena diferenciación en las reglas y las normas que tiene la familia, la crisis de identidad que está pasando, falta de reglas y límites claros, con una permisividad en las entradas y salidas del sistema familiar, comportamientos de oposición, la influencia de los pares en este caso es de vital importancia, ya que pasa por la crisis de identidad, el adolescente se identifica con grupos violentos son condiciones para un encuentro con los tóxicos.

Pudiendo decir que se encuentra predispuesto a aceptar las drogas por un conjunto de sentimientos, la soledad, y el afloramiento de la conciencia de haber estado siempre solo, el malestar y la autodesvalorización consiguiente a dicho descubrimiento, la ira conectada con este parcial desocultamiento, aun vivido con sentimientos de culpa por que se dirige hacia figuras idealizadas, y la confusión que, por tanto, todavía persiste. Los efectos de las drogas induce la experiencia de la posibilidad de modificar artificialmente el propio sufrimiento a través de una droga que ayuda a contener el riesgo de depresión.



En la experiencia de tales efectos, en coincidencia con el fenómeno del hábito, la que conduce a la dependencia.

Genograma N. 12.

Paciente procede de una familia conformada por padrastro. Existiendo un subsistema conyugal, subsistema paterno-filial subsistema individual

En el subsistema conyugal, su compromiso es de 9 años, los límites son claros, con una buena comunicación, reglas claras, con fronteras permeables, concibiendo como un sistema abierto organizacionalmente, con roles y jerarquías de acuerdo al compromiso de la pareja.

En el subsistema paterno-filial.- los roles y las jerarquías están claras, con límites difusos, con una mala comunicación con su hijo desde el inicio de la adolescencia.

Subsistema individual.- el adolescente es hijo de madre soltera, su padre no cumple los roles paternos, no tiene ninguna comunicación, tiene un resentimiento con el mismo, por no querer conocerle, el esposo de su madre es una buena figura paterna que cumple un rol flexible con el adolescente, el síntoma inicia con la adolescencia, por su propia crisis de identidad, es reclutado por grupo de amigos que tenían igual o por condición de vida que el, observándose un inicio temprano de patrones de comportamientos agresivos, en la adolescencia, también mentiras, y consumo de alcohol, todos estos precursores constituyen factores de riesgo que influyen negativamente en el curso de conductas antisociales. Observándose también al adolescente que tiene pocas habilidades verbales, y pocas habilidades sociales, y escasa relación con pares prosociales, el rendimiento académico ha desertado del colegio, en el barrio puede observarse un escaso soporte disponible para el joven, además que sus compañeros de labores le incentivan a consumir luego de la jornada laboral.

En conclusión se puede interpretar claramente que la dependencia en este caso no está relacionada con las relaciones de familia, sino con los grupos de pares que tiene el menor, esto lleva a tener sentimientos de culpa para con su familia, observándose en ocasiones que presenta labilidad emocional, pudiendo ser una depresión por ausencia del padre biológico.

En síntesis en este momento descubre el silencio, con una dificultad para controlar su vida, descubre el yo y lo encuentra vacío, con actitudes revanchistas y contestatarias, rompe con la autoridad de sus padres, con una vida grupal en rebaño (manada), en sí un crecimiento precipitado.

Genograma N. 13.

El adolescente pertenece a una familia monoparental, conformada por su madre y dos hermanos.

Existe el subsistema parento filial, fratria, e individual.

Dentro del subsistema parento filial, las fronteras son rígidas, que determinan un desprendimiento del comportamiento entre los miembros de la familia. Las fronteras están permeables ya que no aceptan sugerencias de un agente externo, ni tampoco sale del sistema. Además no tienen vínculos afectivos con el subsistema de abuelos, la madre por salir a tempranas edades por sufrir maltrato físico y psicológico de sus padres.

En esta familia las reglas son rígidas, existiendo además incoherencia en lo que dicen y en lo que hacen, con una pésima comunicación.

La jerarquía dentro de esta familia esta dada por la madre, la misma que toma decisiones, de acuerdo a la cultura y nivel socioeconómico de la familia, presenta dificultades en representar los roles, siendo estas por la mala comunicación, presenta conflictos con la dependencia- independencia de los hijos, no existe un equilibrio en los deberes y derechos, por lo que presenta dificultad en el desarrollo de la autonomía. Además el involucramiento de la madre hacia los hijos es periférico. Por lo que la relación de la madre y el hijo hace una triada rígida, esto para desviar o evitar los conflictos de la madre.

En el subsistema fratria, el adolescente tiene buenas relaciones con sus hermanos menores, recordando que los hijos son de diferentes relaciones que tuvo su madre.

Subsistema individual.- el adolescente en estudio presenta dificultades en el crecimiento y desarrollo, ya que no encuentra un sentido a la vida, la inseguridad, la soledad, el maltrato de su madre y de los compañeros de su madre, la necesidad de afecto, averigua una nueva forma de vida para aplacar su dolor buscando emociones de bienestar, como cariño, amor, ternura. En si se puede decir que existe un desapego del adolescente hacia su familia.

Como conclusión se puede decir que es una familia caótica, con múltiples problemas dentro del sistema familiar, que el adolescente presenta conflictos que ha su edad no lo puede resolver, con cuadros depresivos, y para evitar estos síntomas el adolescente consume sustancias psicoactivas.



Genograma N. 14.

El adolescente procede de una familia nuclear conformada por subsistemas conyugal, parento – filial, fraternal e individual.

El subsistema conyugal esta conformada de su madre y padre que tiene una relación de 16 años, el padre es periférico, su madre empleada pública, con reglas rígidas, con una mala comunicación, ya que presenta dificultades en esta área, no cumplen con eficiencia el rol de padres, tienen reglas implícitas que los hijos pueden hacer lo que desean.

En el subsistema parento- filial los límites son de igual manera rígidos, las fronteras no están delimitados, lo que el hermano mayor cumple un rol parental.

La toma de decisiones lo toman individualmente todos los miembros de la familia, sin que exista una jerarquía clara en este sistema familiar, así el involucramiento de los padres es periférico. No existe una buena permeabilidad con el medio ambiente. Con una relación entre los miembros de conflicto.

En el subsistema fraternal.- existe una relación de intensidad débil y de conflicto, entre los hermanos.

En el subsistema individual.- el adolescente presenta una crisis con un cuadro depresivo, por la falta de afecto de sus padres, la mala comunicación, el maltrato que recibe, la deserción del colegio, es un caldo de cultivo para que el adolescente presente una autoestima baja, síntomas de ansiedad, irritabilidad, esto como una mascara de la depresión que este pasando, y como efecto el consumo de drogas para evitar el dolor que esta sintiendo, así el juego disfuncional de la pareja parece sólo marginalmente relevante en la mayor parte de las situaciones de toxicodencias, y también como una transmisión intergeneracional de la carencia de afecto.



Genograma N. 15.

Los adolescentes se encuentran internos en la Fundación, pertenecen a una familia nuclear conformada por subsistemas, conyugal, parento-filial, fraternal e individual.

El subsistema conyugal se encuentra deteriorado, por el alcoholismo del padre, y sus consecuencias que este determina en la familia, no existe una jerarquía con fronteras y límites rígidos, presenta roles idiosincráticos, con una etiqueta de familia drogodependiente, las reglas son implícitas que todos pueden hacer lo que deseen, padre periférico, madre permisiva, presenta poca permeabilidad en las entradas y salidas de información, la relación entre los conyugues es de intensidad débil y de conflicto, la esposa esta bloqueada emocionalmente, con una comunicación enmascarada e indirecta. Con un involucramiento afectivo de relación simbiótica por el interés patológico que presenta la esposa hacia el esposo. De esta manera las respuestas de conducta está regido por lo caótico.

El subsistema parento – filial, los padres no cumplen con el rol, el padre por su enfermedad, la madre por su permisividad, por no existir reglas claras, mala comunicación, haciendo de sistema una familia descontrolada.

El subsistema fraternal.- entre los hermanos existe una relación de intensidad moderada de conflicto, con reglas implícitas, de cada uno haga lo que quiera, observándose que de los nueve hermanos los siete son drogodependientes, y por esta razón existe una alianza entre ellos. Además la hija mayor cumple la función parental, auxiliando a la familia con los medios económicos ya que esta en el extranjero.

El subsistema individual.- de los dos adolescentes en estudio, se pudo observar, que por la falta de reglas claras, y jerarquía de los padres, factores ambientales y amicales, han tenido que pasar por una serie de problemas que en su corta edad no pudieron decidir, en definitiva la experiencia carencial vivida dentro la propia familia de origen, manifestada en una prematura adultización, y la negación de las emociones, por lo tanto, la perifericidad del padre es sobre todo patógena, pues contribuye a la ocultación de los aspectos carenciales de la relación madre-hijo. Llevando consigo la pesada herencia de un vacío carencial en la relación con el propio padres, que les hace afectivamente



mutilados y culturalmente inadecuados, y de esta manera buscan los que les falta en la drogas.

Se puede decir que estas familias son en su mayoría descontroladas por la incapacidad de los padres, para pasar de padres complacientes de niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes.

Genograma N. 16

El adolescente, pertenecen a una familia extensa conformada por subsistemas, conyugal, parento-filial, fraternal e individual.

El subsistema conyugal esta conformado por su madre y por el esposo de ella, la misma que tienen una buena comunicación, con fronteras y límites claros, la jerarquía esta clara y definida por la pareja. El rol de padre putativo lo hace bien con el adolescente, a la falta del padre que no tiene contacto con el mismo.

El subsistema parento – filial, la madre cumplen con el rol, tiene una buena comunicación con el hijo, pero por su toxicodependencia y las salidas sin permisos, el adolescente es llamado la atención con frecuencia.

El subsistema fraternal.- entre los hermanos existe una buena relación, con reglas implícitas, que deben vigilar al adolescente que tiene el síntoma,

El subsistema individual.- el adolescente en estudio, es el primer hijo de madre soltera, presenta una baja autoestima por no tener contacto con su padre, por lo que este resentimiento hacia su padre a buscado la manera de buscar lo que le falta con amigos con métodos no saludables, mostrándose con actitudes desafiantes, ante las llamadas de atención del sistema familiar.

Se puede decir que en este caso la familia es funcional, y que la causa de drogodependencia de su hijo puede ser por una baja autoestima del adolescente por falta de padre, o por factores externos como el grupo de pares.

Este caso particular el a adolescente se interna de forma voluntaria, con el deseo de superación y de salir de la drogodependencia que esta presente interviniendo en el normal crecimiento y desarrollo del adolescente.

Genograma N. 17.-

El adolescente proviene de una familia ensamblada, conformada por subsistemas conyugal, paterno filial, fraternal e individual.

Subsistema conyugal, esta conformada por el compañero de su madre y su madre, con límites y normas rígidas, que no tienen una buena comunicación, pudiendo ser por la falta de educación que tiene la pareja, además no tienen contacto social y familiar, ya que su madre no tiene contacto con su familia, debido a que salió a edades tempranas por violencia intrafamiliar, buscando de manera inconsciente el afecto que no tubo en su familia, encontrando un esposo con las mismas características que sus padres, en su segundo compromiso, la condición no ha mejorado, teniendo problemas con el conyugue y por ende no cumplen el rol paterno.

En el subsistema paterno filia, los límites entre los miembros son rígidos, presentando un rol autoritario, con falta de comunicación, y por el problema de drogodependencia de su madre no cumple el rol materno, la jerarquía lo tiene el esposo, también se puede decir que existe violencia intrafamiliar, por lo que el adolescente decide retirarse del sistema familiar, por los múltiples problemas de su hogar de origen.

En el subsistema fraternal se puede decir que no existe vínculo afectivo con su hermana mayor, pero si con sus dos hermanos menores, en esta ocasión el adolescente es excluido del sistema ya que presenta el síntoma del sistema familiar.

Subsistema individual.- el adolescente es el segundo de dos hermanos de padre y madre dentro de un matrimonio de 10 años, el mismo que se termino por problemas conyugales, alcoholismo de su madre, mala comunicación violencia intrafamiliar, por lo que el adolescente tiene resentimientos con sus progenitores, luego el adolescente crece en un clima de inseguridad, con falta de apego con sus padres, sintiéndose inseguro y con factores familiares de riesgo, con una autoestima baja, a la edad de 10 años sale de su casa a un medio hostil, aumentando los riesgos del adolescente, por los problemas que tiene ingresa al mundo de las drogas, buscando una satisfacción momentánea, sin entender que esto le llevaría a una dependencia y una degeneración en su salud. Estas faltas han producido ansiedad, depresión y drogodependencia como un círculo vicioso, hasta ser internado de forma involuntaria a la Comunidad terapéutica.

Genograma N. 18.

El adolescente pertenece a una familia nuclear conformada por 11 miembros, con subsistemas conyugal, paterno filial, fraternal e individual.

En el sistema conyugal tiene 31 años de matrimonio, con límites rígidos, padre periférico, autoritario, madre sumisa, y permisiva, con una mala comunicación entre los conyugues, la jerarquía lo tiene el padre aunque implícitamente saben que no cumplen con el rol paterno.

En el subsistema paterno filial.- los roles de padres no lo cumplen, por su rigidez con las reglas por parte de su padre y la permisividad de la madre para compensar la falta de afecto de su progenitor, la falta de comunicación con sus hijos hacen que estos salgan del sistema, y por la ansiedad que presenta la familia el adolescente hace síntoma para evitar el conflicto conyugal,

En el subsistema fraternal, se observa que los hermanos tienen una buena relación con el adolescente en estudio a pesar de su problemática de toxicodependencia, en ocasiones este hace alianzas con sus hermanos para salir de los problemas que presenta durante su ingesta.

En el subsistema individual, el adolescente es el octavo de nueve hermanos, con factores sociales de riesgo, ya que vive en un ambiente hostil, y suele llevarse con pares que tienen una conducta negativa, aumentando su autoestima baja, siendo un caldo de cultivo óptimo para el ingreso a la drogadicción.

En este caso específico se puede decir que pertenece a una familia rígida, que por falta de reglas claras, falta de permeabilidad con las familias de origen, una mala comunicación entre los miembros, el autoritarismo de su padre con la permisividad de su madre, hay una ambivalencia en las reglas para los hijos y la frustración con lo que desean se produce un factor de riesgo familiar y social.



CAPITULO VII

DISCUSIÓN

Durante el siglo anterior y éste, la Depresión como tal, ha sido sujeto de numerosos estudios, en relación a sus posibles etiologías, a sus diversas formas y manifestaciones, siendo también necesario estudiar a profundidad la Comorbilidad de esta patología con otros trastornos con los cuales comúnmente se entiende con la drogodependencia, sabiendo que numerosos autores manifiestan que la frecuencia de la depresión y drogas es de un alto porcentaje en consideración con el resto de población, sin embargo es difícil de establecer con claridad si la depresión produce drogodependencia o la drogadicción produce depresión.

En esta investigación, la frecuencia de de depresión es mayor en pacientes adolescentes drogodependientes, de acuerdo ala tabla n. 6, siendo de un 60% en la primera evaluación y un 70% en la segunda, de esto de acuerdo al test de Hamilton y de acuerdo a la severidad según el porcentaje, esto coincide con varios estudios realizados, en este grupo etario, los trastornos depresivos representan un aumento en el riesgo de enfermedad y dificultades interpersonales y psicosociales que persisten mucho tiempo después que el episodio depresivo es resuelto; en los adolescentes existe también un aumento en el riesgo de abuso de sustancias y conducta suicida, Este riego puede aumentar, particularmente entre los adolescentes varones, si la depresión está acompañada por desórdenes en la conducta y abuso de alcohol y otras sustancias que concuerda con el estudio realizado en la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua.

En este estudio, los adolescentes que se encuentran con depresión, el trastorno afectivo, es casi seguro ha estado presente desde hace mucho tiempo atrás, inclusive podría ser antes de la instauración del cuadro de drogodependencia en forma atípica o larvada, dando lugar a una depresión primaria, en estos casos los antecedentes personales de depresión, las



experiencias negativas vividas, como ausencia de la figura paterna, maltrato, hogares multiproblemáticos, como demuestra la tabla n. 9. Coinciden con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento, y desarrollo como indica en el marco teórico en el párrafo de adolescencia y depresión. Esta investigación concuerda con lo que hablan varias literaturas sobre adolescentes drogodependientes con depresión.

Al comparar la presencia de depresión, se observa que esta es mayor con un 60% en adolescentes con instrucción primaria incompleta, y un 30% de adolescentes que tienen primaria completa, coincidiendo con Lozano A. que indica que mientras menor es el grado de instrucción, la tendencia a la depresión es mayor.

Dentro de los resultados que llaman considerablemente la atención es la segunda evaluación que aumenta un 10%, pudiendo ser una depresión, denominada Depresión de Abstinencia, observados en los drogodependientes, aunque en baja frecuencia, como en esta investigación, se presenta cuando el paciente se encuentra en abstinencia terapéutica, la sintomatología aparece luego de un mes de abstinencia dependiendo de los tipos de droga que haya consumido.

Según la edad, el grupo cuyas edades oscilan entre 14 a 15^a11m con un número de 12, alcanzando la frecuencia más elevada de depresión, concertando con algunos autores que en esta etapa de la adolescencia están en plena crisis, según Winnicott³

Además de acuerdo a la los estudios realizados se puede decir que la drogodependencia y la depresión parece presentarse con mayor frecuencia en familias disfuncionales, en las que el adolescente tiene más dificultad de establecer su identidad (Revista del IX Congreso Nacional de Medicina General, aunque es importante recordar que cada adolescente es único en la forma que responde al ambiente que lo rodea, no sólo al ambiente



familiar sino al escolar y con los amigos. Esta tesis se puede comparar con la tabla n. 15. Donde un 100% de adolescentes acuden donde sus amigos cuando pasan por un problema y un 30% acuden donde sus madres, observando que en esta etapa de la vida los pares son los más importantes.

La investigación que se ha realizado concuerda con los objetivos que se han planteado incluyendo para esto una propuesta de intervención para mejora la calidad de vida de los adolescentes que serán el futuro de nuestro país y por que no decirlo del mundo.

De acuerdo al estudio realizado se da las conclusiones con la veracidad de lo que las tablas han demostrado, existe la relación entre la depresión y las drogas, siendo causadas por diferentes factores, sean estos individuales, y con mayor frecuencia los múltiples problemas familiares, siendo el adolescente el efecto de estas causas.

Como cierre a este estudio se puede decir que se ha logrado obtener datos verídicos sobre los problemas que tienen los adolescentes, y de este problema obtener resultados positivos en bien de la recuperación de la familia, y que los familiares y por que no decir la comunidad esta en la obligación de proteger y mejorar es modo de vida de los adolescentes fortaleciendo las habilidades de cada uno de los miembros del sistema, aquí la terapia sistémica tiene un gran potencial para contribuir con el desarrollo de las familias, promoviendo conductas adaptativas en lugar de limitar el enfoque a la reducción de las conductas problema, creo que es crucial para la evolución positiva de cualquier tratamiento y que nuestra espacialidad de frutos en las diferentes familias que deseen un cambio para un buen vivir. Y cumpliendo el objetivo de un intervencionista que se ha preparado para estos casos.



CAPITULO VIII.

Conclusiones.

No podemos olvidar que el ser humano es una interacción de facetas, la salud, los amigos, la familia, el colegio, el trabajo, el tiempo libre, etc, son algunas de las áreas, por lo que un cambio importante en alguna de ellas puede provocar el inicio de un episodio depresivo.

Se puede hablar de unas características de la personalidad que nos hace vulnerables a la depresión, entre las que se puede destacar:

- La baja autoestima, los adolescentes no confían en si mismos, se sienten acomplejados y tremendamente dependientes.
- Baja tolerancia a la frustración, creen que no pueden superar las dificultades que aparecen en su vida, porque no tienen capacidad suficiente para hacerlo, cualquier obstáculo por mínimo que sea, les crea una gran ansiedad y malestar.
- Falta de control sobre el entorno, los adolescentes están convencidos de que hagan lo que hagan no pueden controlar lo que les rodea, creen que es imposible cambiar su entorno y con frecuencia se dejan arrastrar sin más, sin plantearse la posibilidad de iniciar un cambio.
- Interpretación errónea, los adolescentes han aprendido a interpretar los acontecimientos de una forma equivocada. Por ejemplo, piensan que ellos tienen la culpa de todo.
- Falta de apoyo social, las personas deprimidas poco a poco se separa de los demás, y en ocasiones encuentran los pares que le desean ayudar con tóxicos que les sacan de la realidad por unos instantes y a altos costos en la vida de una persona.
- Las causas de la drogodependencia, se encuentra ante un problema que tienen varios factores que intervienen en la aparición y el mantenimiento del trastorno entre estos tenemos:
- los adolescentes que consumen drogas, generalmente relacionan al consumo, como medio o mecanismo de olvidar los conflictos trayendo como consecuencias los riesgos psicológicos para estos adolescentes, quienes adoptan conductas inseguras, fáciles de influenciar para caer en las drogas.



- Causas personales, debidas al propio individuo, de acuerdo al estudio que se ha realizado en los adolescentes, entre lo que se destaca la impulsividad, el control emocional deficitario y las dificultades para relacionarse con los demás. Por otra parte se ha encontrado el rechazo hacia normas sociales en la adolescencia como un buen caldo de cultivo para el consumo posterior.
- Causas familiares, entre las más significativas destacan la falta de dialogo entre padres e hijos, bien por ausencia de los progenitores o incapacidad, los malos tratos o abandono, la falta de reglas claras de convivencia, problemas paternos como alcoholismos, entre otras.
- Es decir la familia no cumple con las funciones básicas de nutrición, protección, cuidado de la salud, estimulación del desarrollo, enseñanza de conceptos íntegros y valores, ya que en su mayoría que vemos en el estudio son disfuncionales.
- La desestructuración familiar, producen cambios en la familia, en la sociedad y en el individuo mismo, afectando así la percepción que los adolescentes tienen el mundo circundante , por lo que esto genera crisis psicológicas y emocionales en ello, en esta etapa los adolescentes son emocionalmente dependientes de sus padres, por lo que necesitan una comunicación asertiva, normas, limites claros y flexibles y consecuentes de la conducta social que son determinadas por lo es importante que los padres aseguren la armonía familiar.
- Causas sociales. También la sociedad influye en la aparición y el mantenimiento del problema, la accesibilidad de las drogas es uno de los más controvertidos en este sentido, se puede conseguir, con relativa facilidad, gran parte de las drogas ilegales y, sin ningún problema, consumir las llamadas drogas legales. Pero la influencia de la sociedad va más allá, los medios de comunicación ofrecen imágenes distorsionadas de la persona, como ser humano que necesita depender de ciertas sustancias para sentirse bien o contar con la aceptación social que necesita.



CAPITULO IX

RECOMENDACIONES.

Las drogas y la depresión son problema de la sociedad y los que más preocupa a las familias por lo que se puede dar algunas alternativas:

- La prevención, debemos partir de que la familia puede y debe facilitar el crecimiento y la maduración de los hijos, ofreciéndoles una serie de valores y principios, por lo que se da una propuesta para actuar de manera urgente con las familias que se encuentran en riesgo.
- Modificaciones en la capacidad para sentir placer con las experiencias agradables de la vida diaria.
- Proporcionar a los hijos un hogar estable y seguro, donde los valores se transmiten no solo a través de las palabras sino con el ejemplo.
- El cuidado eficaz del adolescentes se ubica entre la demanda de cumplimiento de expectativas y la disciplina; y el estar atento/a a las necesidades y deseos de los adolescentes. Estar compuesto de Afecto y límites claros, al tiempo que sean flexibles y ofreciendo a largo plazo, la posibilidad de discutirlos y cambiarlos, Calidez y amor, estructura y disciplina, apoyo a la autonomía y monitoreo.
- Facilitar estabilidad y seguridad en situaciones de separación de uno de los progenitores, a través del dialogo y la expresión adecuada de sentimientos y detectar a tiempo factores de riesgo que produzcan síntomas de depresión.
- Partir de la aceptación de los hijos, independientemente de sus logros y sus habilidades, los adolescentes son importantes por ser quienes son, por muchas dificultades o deficiencias que tengan.
- Acompañar a los hijos en la mayoría de las cosas o actividades que no puedan hacer solos o supongan u peligro para ellos,



ofrecerles la posibilidad de comunicarse siempre que el lo necesite.

- Tener una posición clara con respecto a la droga. Se tiene que estar informado para transmitir una visión objetiva, se debe eliminar del hogar las drogas y favorecer el desarrollo del adolescente, sin potenciar o crear dependencias a determinadas sustancias.
- La familia debe actuar como un grupo de presión más para que desde las distintas instituciones y organismos se establezcan mejores normativas que permitan un mayor control y una distribución de la información más adecuada de la que actualmente están ofreciendo muchos medios de comunicación.
- Cuando exista un caso de drogadicción, o sintomatología de depresión, lo mejor es acudir donde un especialista e iniciar un tratamiento para estas patologías, momentos en que la familia puede intervenir y facilitar el proceso, tanto a la hora de tratar, como de prevenir que vuelva a recaer.
- El reprimir o castigar al adolescente es inútil, se debe ir a las raíces del problema con ayuda especializada.
- No pensar que los adolescentes son delincuentes o viciosos por ser drogodependientes, abordar con optimismo, proporcionando al adolescente la ayuda que necesita.
- No se deben culparse los padres de lo sucedido.
- Afrontar el problema y no intentar ocultarlo
- Estar preparados para el cambio de los adolescentes una vez superado el problema.
- Los padres los amigos, las instituciones, deben ejercer la presión suficiente para que la persona se vea obligada a recurrir a la ayuda profesional.



CAPITULO X

9.1. PROPUESTA.

9.1.1. SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN:

Salud es cuando el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas, el funcionamiento de las aéreas mentales, físicas y sociales son interdependientes, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente.

Es estatus de la salud mental esta asociada con la conducta en todas las etapas de la vida, las evidencias estudiadas en esta investigación indican que los factores sociales asociados con los problemas mentales están relacionados con el consumo de sustancias toxicas, delitos, deserción escolar, depresión, trastornos de estrés, suicidio.

9.1.2. SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La promoción de la salud es un campo emergente de acción.

Salud puede referirse a estados ausentes como presentes, a menudo se utiliza para significar la ausencia de enfermedades o discapacidades, pero con igual frecuencia, la salud puede referir a un estado de suficiencia y aptitud, las personas pueden tener concepciones diferentes sobre la salud de acuerdo a sus diferentes experiencias y culturas, cuando las personas son de bajo nivel académico describen lo que significa lo que es estar saludables, sus respuestas reflejan con frecuencia las circunstancias específicas de sus vidas.

No obstante la OMS, cubre un amplio terreno, incluyendo los factores individuales y ambientales la ampliación obvia es que la promoción de la salud debe tener enfoques tanto en el individuo como en el ambiente, esto exige la participación de una gama mucho más amplia de intervenciones como es el equipo multidisciplinario.

La promoción y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan y se superponen, debido a que la promoción se ocupa de las determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de la enfermedad.

El abuso de sustancias, la violencia, el maltrato de mujeres y niños los problemas de salud física, depresión, ansiedad, tienen más prevalencia y son mas difíciles de afrontar cuando existen altas tasas de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones de estrés laboral, discriminación de genero, estilo de vida no saludable y violaciones a derechos humanos.

La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias negativas, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad y los valores culturales. Problemas familiares, están influenciadas por estilos de la vida diaria, experiencias en las familias de origen, la escuela, en las calles en el trabajo.

Hasta hace poco en la mayoría de los lugares del mundo, el tratamiento de la enfermedad mental estaba separado del resto de la medicina y la atención médica están dirigidos al tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por separado.

9.1.3. DETERMINANTES DE LA SALUD.

Son aquellos factores que amenazan el estado de salud de un individuo. Estas pueden ser asuntos de opción individual tales como consumir o no consumir, depresión, o pueden estar relacionadas con las características sociales, familiares, económicos y ambientales más allá del control de los individuos, que se han demostrado en esta Investigación.

9.1.4. NIVELES DE INTERVENCIÓN.

Los factores sobre los cuales los individuos tienen muy poco o ningún control, requieren la atención de la sociedad, como se define en el resumen de la carta de Ottawa para la promoción de la salud, las cinco estrategias identificadas continua siendo hoy el diseño básico para la promoción de la salud en muchas partes del mundo.

➤ **Cartas de Ottawa para la promoción de la salud: estrategias de acción.**

- Conformar políticas públicas saludables.
- Crear ambientes de apoyo
- Fortalecer la acción de los individuos
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios de la salud

➤ **Desigualdades e inquietudes en la salud**

La desigualdad en la salud están relacionadas con una amplia gama de factores sociales, las desigualdades pueden ser consecuencias de diferencias individuales genéticas, diferencias de salud en relación con la conducta y decisiones con respecto a la educación el trabajo y el ocio. En la medida en que las desigualdades sean una consecuencia de la injusticia social, no solo existe la desigualdad si no también la inequidad. En todos los niveles desde locales hasta nacionales se pueden encontrar ejemplos de intervenciones que ayudando a personas que viven en desventaja social y económica a tener una mejor salud. Viendo estas necesidades han abierto centros, comunidades terapéuticas, consultorios, para trabajar en conjunto sobre las patologías llamadas del futuro.

9.2. PREVENCIÓN.

9.2.1. Concepto de prevención:

Prevenir es una de las funciones mas innovadoras en la actualidad, los programas de prevención son intentos de mantener la salud en lugar de tratar la enfermedad. Existen tres áreas de prevención.

➤ **Niveles de prevención:** primaria, secundaria y terciaria.

- **Prevención primaria:** es un esfuerzo por disminuir la incidencia de nuevos casos de trastornos conductuales por medio del fortalecimiento o adición de recursos que promueven la salud mental, ejm. **Establecer un programa preescolar nuevo y masivo para ayudar a niños descuidados y desamparados a desarrollar habilidades sociales, emocionales e intelectuales, evitando se esta manera el aburrimiento, la ansiedad, o incluso el consumo de drogas.**



En un programa de prevención primaria se puede entrenar a las madres, para facilitar el desarrollo de habilidades cognoscitivas interpersonales de solución de problemas de sus hijos, evitando así conductas impulsivas.

Apoyo emocional: al proporcionar apoyo emocional y aumentar las competencias en los hijos, disminuyen la ansiedad.

- **Prevención secundaria:** es un intento de acortar la duración de los trastornos, conflictos, y de reducir su impacto.

Si la presencia de un trastorno es detectado temprano y se encuentra un tratamiento efectivo, es posible minimizar el impacto del trastorno o prevenir que se desarrolle en una forma más grave y debilitante.

- **Prevención Terciaria:** el objetivo de la prevención terciaria es facilitar la readaptación de la persona a la vida comunitaria después de un tratamiento hospitalario para trastorno mental o-y conflicto.

Existen programas para lograr los objetivos, esto se da en forma gradual del internamiento a una vida fuera de ella mientras continua beneficiándose la las intervenciones.

Los intervencionistas pueden facilitar la readaptación a la familia y por ende a la sociedad, educando a la personas con respecto a los trastornos mentales.

9.3. METODOS DE INTERVENCIÓN Y CAMBIO.

La intervención terapéutica social más eficaz para tratar a los adolescentes es la terapia familiar.

De todo el contexto multifacética que incide sobre los adolescentes- familia pares, escuela, ídolos, cultura, el terapeuta ecológicamente orientado comienza con el elemento fundamental, que es la familia. La familia es el medio social del que emergió el adolescente. Es la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico, y la familia a menudo es la que tiene más recursos con los cuales producir cambios De todos los cambios que sobrevienen en los sistemas sociales, de los que participa el adolescente, los que más lo afectan son los que se producen en su familias, estos cambios atañen a veces a los miembros individuales de la familia, como la crisis de la mediana edad, las enfermedades y las decisiones relativas a una carrera profesional, y otras al devenir de la familia, como los que ocurren cuando los hijos se van del hogar, los padres se divorcian o se aproximan a la edad de



jubilarse. El adolescente es sumamente vulnerable a estos cambios contemporáneos dentro de la estructura familiar.

La existencia de un adolescente perturbado en una familia cumple la misma función que el canario silencioso en una mina, es un indicio de que hay problemas en el sistema. Además de verse fuertemente afectado por el contexto familiar, los adolescentes a su vez, afectan el contexto del que forman parte y por lo que se necesita intervención toda la familia, la ética que se debe tener un intervencionista es trabajar los problemas del contexto en su totalidad. No hacerlo, y tratar sólo al adolescente en forma aislada, significa desatender a los miembros de la familia.

La terapia familiar es un enfoque que transforma las pautas interactivas disfuncionales entre individuos y fuerzas sociales significativas en la vida de una persona. Hay una serie de razones por lo que este enfoque es particularmente poderoso.

En primer lugar el modelo de la terapia familiar permite que el intervencionista piense las relaciones causales como un fenómeno circular, a la vez que, en ocasiones, lineal. Esto implica que en lugar de centrarse siempre en una cadena de causa y efecto, el terapeuta tiene la flexibilidad de considerar al sistema como un círculo autorreforzador, en algunos casos, un círculo vicioso, o como una relación en cadena que se alimenta a sí misma.

El poder de la causalidad circular radica en que el terapeuta puede abordar cualquier parte del sistema, trabajar con tantas partes del mismo como sea posible, y con el tiempo transformar al sistema en su totalidad, por la vía de intervención en el sistema, el terapeuta puede romper el patrón circular y empezar a efectivizar cambios para todos los miembros de la familia.

El enfoque de la terapia familiar se distingue también por su insistencia en incluir a todas las personas significativas y en tratar de trabajar con todas las fuerzas sociales contemporáneas que están manteniendo la conducta del paciente. La terapia familiar se centra siempre en las personas reales con las que el adolescente tiene dificultades, así como en la búsqueda de opciones para resolver esas dificultades.

Otra característica que hace tan poderoso al modelo de la terapia familiar es que encara patrones sociales contemporáneos que el terapeuta ve en funcionamiento, se puede observar los cambios y evaluar los resultados de la terapia a medida que ésta tiene lugar.



La terapia familiar también deriva de la noción fundamental de sí-mismo (Self) multifacético, este es un enfoque positivo y optimista, por lo que se considera que cada individuo tiene facetas funcionales que podrán expresarse si el contexto cambia. Así el problema no reside en el individuo sino en el contexto, y cambiando el contexto se permitirá que se expresen otras conductas diferentes y más funcionales, el terapeuta busca sacar a luz lo mejor de esa multitud, acrecentar las interacciones sociales y permitirles a las personas funcionar del modo más competente que sea posible.

Los adolescentes estudiados han confirmado que la terapia familiar es un procedimiento breve que lleva a una mejoría mucho más rápida de la sintomatología que otros tratamientos, tales como el psicoanálisis o la terapia individual. Dado que todos los miembros de la familia cambian, sus respectivos cambios tienden a reforzarse y mantenerse entre sí. Todos los miembros de la familia son parte de la transformación, de manera que las posibilidades de mantener conductas nuevas y más productivas son mucho mayores.

A la familia se le verá como un recurso para facilitar el restablecimiento, da confianza a la familia como un ambiente propicio para la curación, además es más económica, como el recurso del tratamiento es más breve y no se les cobra individualmente siendo menos costoso y más productivo.

También se puede poner la atención en los métodos de intervención de acuerdo al servicio.

1. **Consulta de caso centrada en el adolescentes.** Pone en énfasis en la dimensión relacional del ser humano como síntoma en el grupo familiar, este es el producto del funcionamiento del sistema en el cual este miembro esta integrado, es decir que el problema del adolescente es el resultado de los que sucede en la familia, en el sistema escolar, en el sistema social, y lo que sucede en sus propios subsistemas (biológico, psíquico y relacional). El adolescente es la secuela de cómo lo tratan, como se comunican, como se relacionan, en caso de los adolescentes en estudio de la Comunidad Terapéutica Fundación Ayuda Mutua, se trata de manera individual por el problema de drogas que es una patología que por si se debe tratar de esta manera.
2. **Consulta centrada en la familia, (Sistémica).** Cuando se trata a todo el sistema familiar, recíprocamente modifica el funcionamiento de la familia, el adolescente se sentirá ayudado, apoyado, y abandonará el síntoma, de manera que las actitudes de un integrante del sistema es indisoluble de las de los otros, de la sociedad, principio de totalidad.



TÉCNICAS Y FASES.

Varias técnicas generales pueden reforzar la efectividad del proceso de consulta, en la mayor parte de los casos el proceso de consulta para por las siguientes fases:

- Preparatoria, en la etapa inicial se encuentra la naturaleza exacta de la relación de consulta y se establecen las obligaciones mutuas.
- Inicio o calentamiento: aquí se establece la relación de trabajo.
- Evaluación del problema, aquí se harán las hipótesis de por que del síntoma.
- Acción alternativa: abarca el desarrollo de los objetivos, de soluciones y estrategias alternativas de solución del problema.
- Terminación: cuando se acuerda de forma mutua y el paciente ya puede asimilar y sobre todo solucionar conflictos. Esto luego de varias intervenciones de 16 a 20.

9.4. ALTERNATIVAS DE INTERVENCION Y REHABILITACIÓN.

Hay varias alternativas de intervención entre ellas tenemos:

▪ Atención al cuadro de drogodependencia y depresión.-

Existen comunidades terapéuticas, que están dirigidas a contribuir y erradicar el problema de la drogodependencia y depresión, ya que estas áreas están destinadas a trabajar con la salud mental en el adolescente y la familia, a si la comunidad Terapéutica Juvenil Fundación Ayuda Mutua.

El personal puede intervenir de manera interdisciplinaria, constituida por psiquiatra, enfermeras, psicólogos, trabajadora social, intervencionistas entre otros. De acuerdo a la necesidad de cada persona o caso.

Atención directa.-

A través de un equipo multidisciplinario de gran experiencia, integrado por intervencionistas para toda la familia, brindando orientación especializada con la finalidad de contribuir a erradicar la enfermedad y sus consecuencias.

Método de intervención.-

Las personas que han experimentado un evento de cuadro depresivo, drogodependencia, sufren en un primer momento un estado emocional de crisis, el cual debe ser tratado por personal especializado, que le permita recuperar su estabilidad emocional, así como proveer la información veraz necesaria para que conozcan las alternativas ante la problemática que sufren.

Atención Social.- el equipo debe trabajar con los colegios, con los profesores, alumnos y padres de familia y generando acciones a nivel comunitario, para evitar recaídas.

Desarrollo de Grupos Terapéuticos.-

Los adolescentes que han sufrido problemas de drogas, y depresión, necesitan dentro de su tratamiento emocional, incorporarse a grupos terapéuticos y de auto ayuda, en las cuales se desarrollan técnicas conjuntas entre personas, que han experimentado el mismo problema, logrando conocer las experiencias de otras, y aprender más sobre la situación. Siendo estos los espacios necesarios para terminar de sanar las huellas emocionales de la violencia, y poder recuperar la autoestima de cada persona, lo cual es indispensable para continuar nuevos proyectos de vida. Entre estos tenemos Narcóticos anónimos o alcohólicos anónimos.

9.5. REHABILITACIÓN:

Es un proceso que debe comprender tanto al adolescente enfermo como a la familia, deben ser tratados de forma sistémica por personal especializado, que le permita recuperar su estabilidad emocional, de igual forma se debe realizar la atención de seguimiento. Comprendiendo de una forma amplia el problema por parte de las personas que sufren, y es el preámbulo para la incorporación a las sesiones de terapia grupal.

Se deben desarrollar técnicas conjuntas entre personas que han experimentado el mismo problema, logrando conocer las experiencias de otras personas, para trabajar de forma conjunta en los problemas que llevan a la drogodependencia o a la depresión.

La rehabilitación se refiere a un proceso de modificación de conductas conscientes, hasta que pueda enmarcarse en el contexto de un tratamiento

ejercido por profesionales con un correcto enfoque teórico y metodológico que guíe su actuación con el tóxico dependiente y su familia.

9.5.1. LA INTERVENCIÓN:

La familia llega con la queja que su hijo está en drogas, los demás síntomas están encubiertos por este cuadro.

Intervención.

Fundamentalmente está orientada a proporcionar a los adolescentes un espacio de atención y de escucha empática que estimule la confianza y que alivie la angustia devolviendo la estabilidad emocional necesaria para continuar con el proceso destinado a los casos de drogodependencia.

También consiste en establecer la comunicación interpersonal, educación, motivación, orientación, intervención en crisis, terapias: individual, grupal familiar, grupos de autoayuda, talleres, entre otros.

- **Comunicación interpersonal.**

Intercambio de cara a cara de información o sentimientos verbal o no verbal entre individuos o grupos, incluyendo procesos de educación, motivación y orientación. La retroalimentación es inmediata.

- **Educación.-**

Proceso de doble vía, basado en información específica, datos o hechos y objetivos.

La comunicación es horizontal, el emisor es a su vez receptor, tiene función participatoria, aumenta el conocimiento.

Se provee educación a adolescentes que ya están motivados.

- **Motivación.**

Proceso para estimular grupos o individuos para la adopción de un comportamiento apelando a su auto imagen, preocupaciones y deseos.

- **Orientación.**

Asistir (ayudar) a las personas a tomar decisiones informadas, fundamentalmente para el cambio de comportamiento de acuerdo a las circunstancias particulares.



Proveer información adecuada para ayudar a la persona a tomar una decisión fundamentada.

Actúa como soporte emocional de la persona afectada.

No es un método para ofrecer soluciones a los problemas de las personas.

No es un método para dar instrucciones.

No es la promoción de un método exitoso, de vida que ha funcionado para la persona orientadora.

La persona orientadora debe ayudar a la persona con problemas de dogas y depresión.

- Comprenderse a si mismo
- Ayudarle a hablar sobre si mismo
- Explorar sus sentimientos y los hechos

Puede ayudarle diciendo que los sentimientos son involuntarios porque:

- No podemos elegir nuestros sentimientos y por lo tanto no somos responsables de ellos.
- No somos culpables de tenerlos

Puede indicar que el comportamiento es voluntario cuando:

- Podemos, generalmente, elegir cómo comportarnos
- Somos responsables de nuestro comportamiento.
- Podemos juzgar nuestro comportamiento y puede ser juzgado por otros

El intervencionista puede ayudar a realizar algunos cambios:

- Que vea que puede ejercer control sobre su comportamiento
- Que experimente el éxito



- Que experimente sentimientos de satisfacción como resultado de los cambios voluntarios.

La experiencia de la recompensa interna podrá generar la automotivación.

- Reforzar la autoestima
- Mejorar la imagen de sí mismo

La experiencia del autorecompensa alentará a:

- Intentar cambios mayores
- Establecer control interno del propio comportamiento

Es muy importante que si bien en todos los casos de drogodependencia , desde la primera intervención, de debe desarrollar medidas de protección al adolescente, están deberán ser cuidadosamente previstas en los casos de toxicodependencias, cuando el DX es presuntivos. y mientras dura el proceso de evaluación.

9.5.2. CRITERIOS PARA LA INTERVENCIÓN

Desde el principio se debe tomar en cuenta al adolescente como una persona vulnerable, hay que priorizar el apoyo emocional, preocupándose por los sentimientos de la persona agredida antes que buscar u obtener información sobre los hechos.

El profesional, ayudará brindándole confianza y facilitará la expresión de las emociones. Paulatinamente las personas en riesgo relatarán los hechos en la medida que se genere el clima de calidez necesario.

Cuando se trata de una intervención sistémica, resulta mejor expresar y reproducir los hechos en forma circular, ayudando a entender y comprender mejor la magnitud del sufrimiento.

- Iniciar la entrevista con los padres o tutores
- Luego entrevistar al adolescente
- Si sospecha agresión de los padres, es necesario entrevistar en privado al adolescente.
- Mantener una actitud de bondad y cuidado.



- Usar palabras sencillas de acuerdo a su nivel socio-cultural. Pero que permitan dar detalles y de forma circular ejm: ¿Qué les trae por aquí?
- Preguntar como se sienten, ayudarles con connotaciones positivas.
- Explicar que es triste o desagradable lo que les esta pasando, pero hablar es importante para ayudarles a si mismos y para que otras personas le ayuden.
- Ser muy activo en la toma de decisiones.
- Educar sobre derechos del adolescente.

Por lo tanto resulta natural que estas reacciones en el adolescente se vean incrementadas cuando no logran comprender o procesar los sucesos que acompañan al drogodependiente o procesar los problemas que arrastran estos sucesos hasta su vida adulta.

9.5.3. INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Las crisis son estados temporales de trastorno depresivo y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Los programas dirigidos a los adolescentes.

Los programas de intervención, debe buscar que los adolescentes desarrollen competencias sociales, emocionales, cognitivas, y para resolver conflictos, con el objetivo de de buscar soluciones más efectivas a sus problemas y menos comportamientos destructivos.

En caso de los adolescentes con problemas de comportamiento y delincuencia, se busca promover un mejor desarrollo cognitivo y competencias escolares, para evitar el comportamiento agresivo y antisocial, además se debe trabajar de forma sistémica con toda la familia involucrando para la recuperación de sus hijos.

En segundo lugar el trabajo directamente con los adolescentes en el mejorar las habilidades interviniendo en los factores de riesgo individuales, buscando competencias sociales y prosociales, asertividad, el manejo de las emociones como: la expresión, comprensión, y regulación, el autocontrol de impulsos y del comportamiento, la



comunicación, el autoestima, el desarrollo de las amistades y la capacidad de resolver problemas y conflictos interpersonales a través de alternativas diferentes a consumir drogas.

El número de las intervenciones es variable, así como su duración debiendo ser lo suficientemente largas para cambiar los patrones de comportamiento de los adolescentes por lo que se debe tener no menos de un año de duración y otro de seguimiento.

Los programas dirigidos a los padres.

Teniendo en cuenta los factores familiares en su mayoría son caóticos, asociados a diferentes problemas que favorecen el comportamiento inadecuado del adolescente, se debe **trabajar con la familia, el cual se considera imprescindible cuando se trata de un programa de prevención secundaria para los adolescentes que ya tienen problemas de drogodependencia dado que en estas edades los padres son el ejemplo de los hijos.**

De la misma manera que a los adolescentes, los padres tiene que tener dos tipos de intervenciones.

En primer lugar, intervención primaria realizadas mediante visitas domiciliarias a los padres especialmente con familias de bajos recursos económicos, este programa se caracteriza por el establecimiento de una relación individualizada de una persona como: enfermera, trabajadora social, maestros, psicólogos, capacitados en prevención, además que se preocupen en el bienestar de la familia. En las visitas se desarrollarán contenidos sobre comportamientos saludables, como por ejemplo: **evitar agresiones, especialmente físicas, evitar el cigarrillo, el alcohol, y drogas, un mejor entendimiento del desarrollo del adolescente y las características de una buena interacción familiar.**

Un segundo tipo de intervención de prevención secundaria busca influir sobre los factores familiares, especialmente sobre las prácticas de crianza de los padres, ya que son intermediarios centrales en la modificación del comportamiento y el estado emocional del adolescente, basándose en los principios del aprendizaje social y se centran en mejorar las técnicas de disciplina y supervisión de los padres con el fin de desarrollar normas claras y flexibles para el comportamiento de los



adolescentes, evitar el maltrato de manera sistemática , los padres deben aprender a:

- Comunicación clara y directa.
- Identificar aspectos positivos o negativos del comportamiento del adolescente.
- Identificar factores que pongan en riesgo a los adolescentes
- Responder positivamente con atención, elogios o privilegios o premios ante los comportamientos positivos de los hijos.
- Utilizar estrategias de disciplina positivas, interacción de los padres con los hijos durante el juego.
- Compartir actividades positivas con la familia y apoyar en la resolución de problemas cotidianos, manejo de conflictos y de crisis



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. El Instituto de Política Familiar (IPF) expresa en su informe Evolución de la familia en Europa (2006).
2. Estrada, L. (2003). El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo.
3. Revista Teína: Detrás de la palabra "familia".
4. F. Engels: El origen de la familia, la propiedad privada y el estado
5. UNESCO: Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana
6. Cheal, (1991) sociología de la familia" , pág. 8
7. Gubrium, J. F., y Holstein, J. A. (1990) Cual es mi Familia?
8. Harris, C. (1983) - The Family and Industrial Society.
9. Caballero de Aragón, Nora, el ciclo vital familiar. Barrio Diamanate, Santiago de Cali, convenio Colciencias-Univalle, 1999, p.41.
9. Preister, Steven, "la teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia", en revista de trabajo social , Santiago de Chile, 1980, p, 12.
11. Gil Eliana, Tratamiento Sistémico de la Familia que abusa, 1997.
12. Chagoya L. Dinámica Familiar y Patología. En: Dulanto E. la familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano, Mexico: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de Mexico; 1975, p. 25-38.
13. Epstein NB, Bishop DS. Terapia de Familias con problemas centrales. En: Gurmán AS, 1981, p, 444-482.

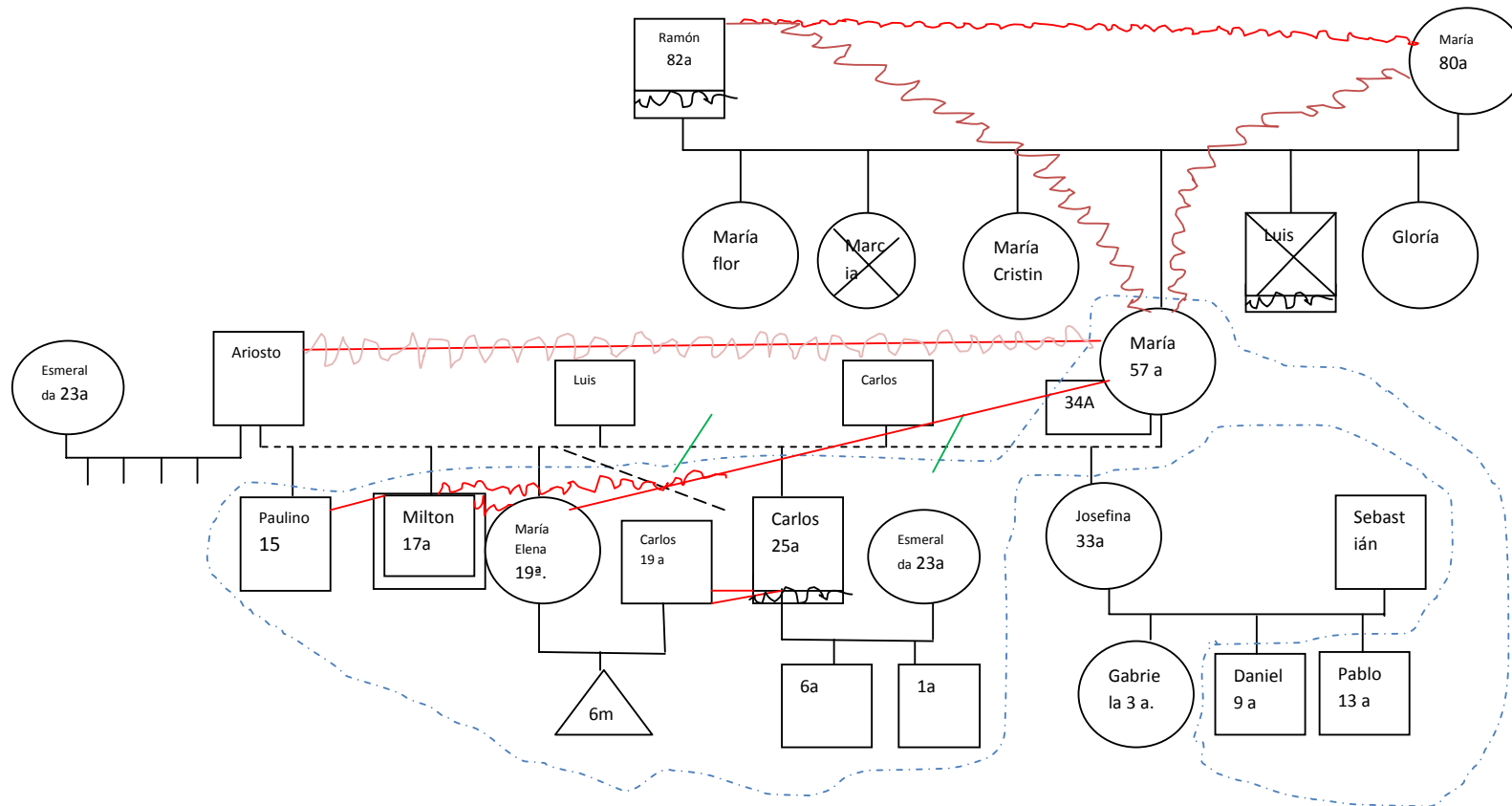


14. El Instituto de Política Familiar (IPF) expresa en su informe Evolución de la familia en Europa (2006)
- 15.- Estrada, L. (2003). El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo.
16. Revista Teína: Detrás de la palabra "familia".
- 17.F. Engels: El origen de la familia, la propiedad privada y el estado
18. [http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/participación_familias_educación-infantil-latinoamericana .pdf](http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/documentos/participación_familias_educación-infantil-latinoamericana.pdf).
19. Cheal (1988)
20. Gubrium y Holstein (1990)
21. Harris (1983)
22. Caballero de Aragón, Nora, el ciclo vital familiar. Barrio Diamante , Santiago de Cali, convenio Colciencias-Univalle, 1999, p.41.
23. Preister , Steven, "la teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia", en revista de trabajo social , Santiago de Chile, 1980, p, 12.
23. Haley, J. (1985), TRASTORNOS DE LA EMANCIPACIÓN JUVENIL Y TERAPIA FAMILIAR . Buenos Aires: Amarrortu, Primera Edición 1980.
24. Minuchin, S., Michael P. Nichols, (1994), LA RECUPERACIÓN DE LA FAMILIA, Ediciones Paidós, Barcelona- Buenos Aires-México.
25. Chagoya L. Dinámica Familiar y Patología. En: Dulanto E. la familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano, México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1975, p. 25-38.
26. Epstein NB, Bishop DS. Terapia de Familias con problemas centrales. En: Gurmán AS, 1981, p, 444-482.



ANEXOS

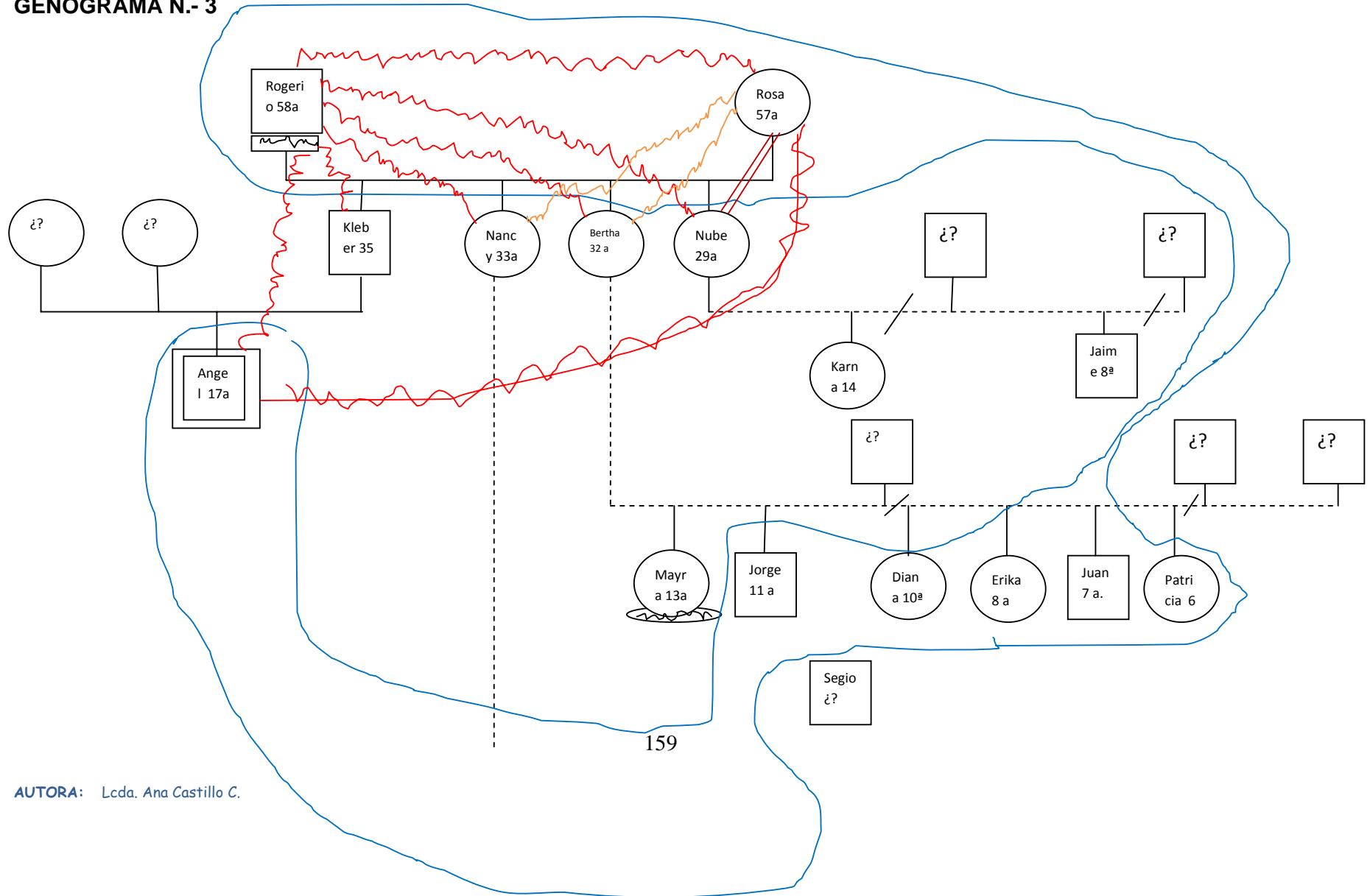
GENOGRAMA N.- 1



[illegible]



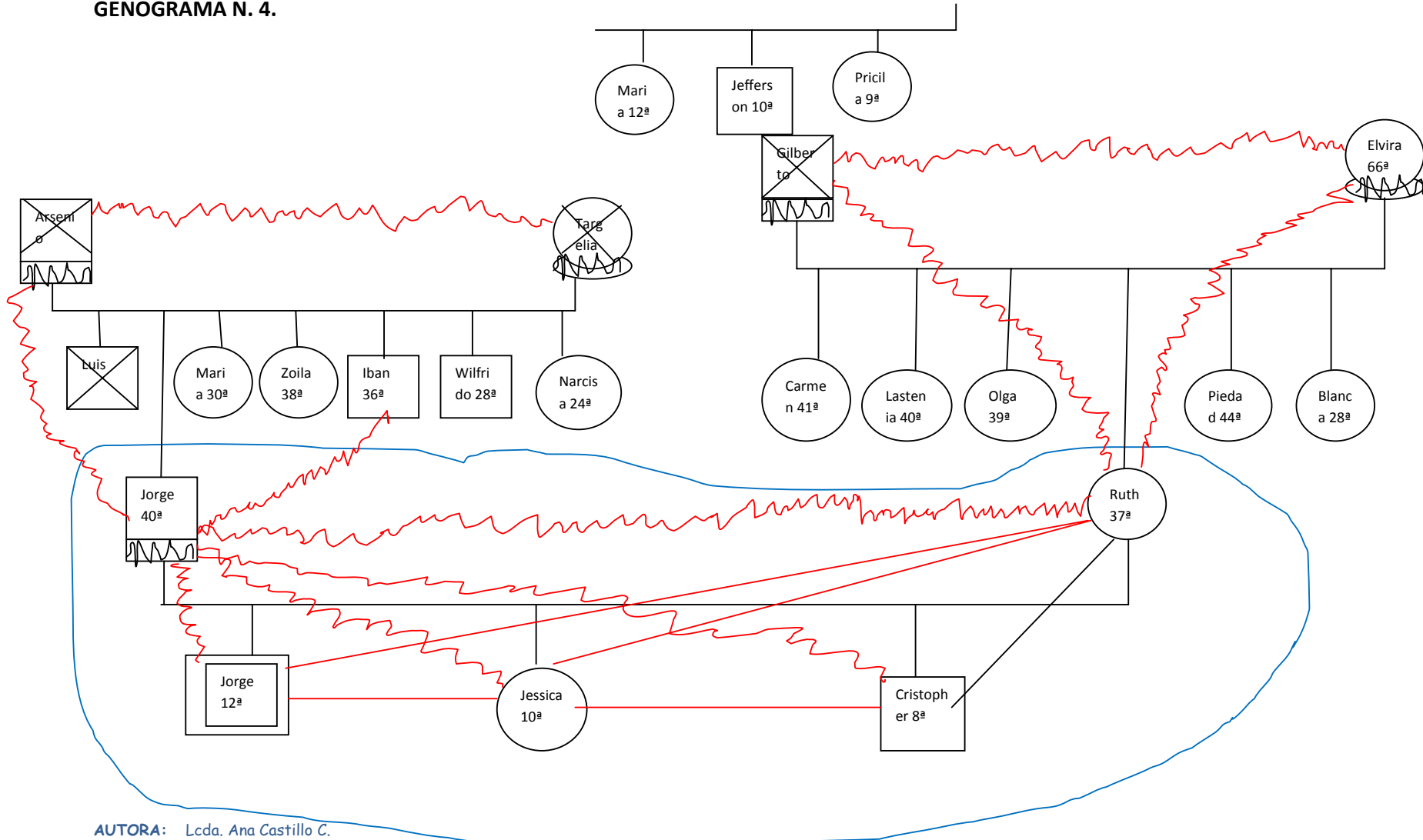
GENOGRAMA N.- 3



AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.



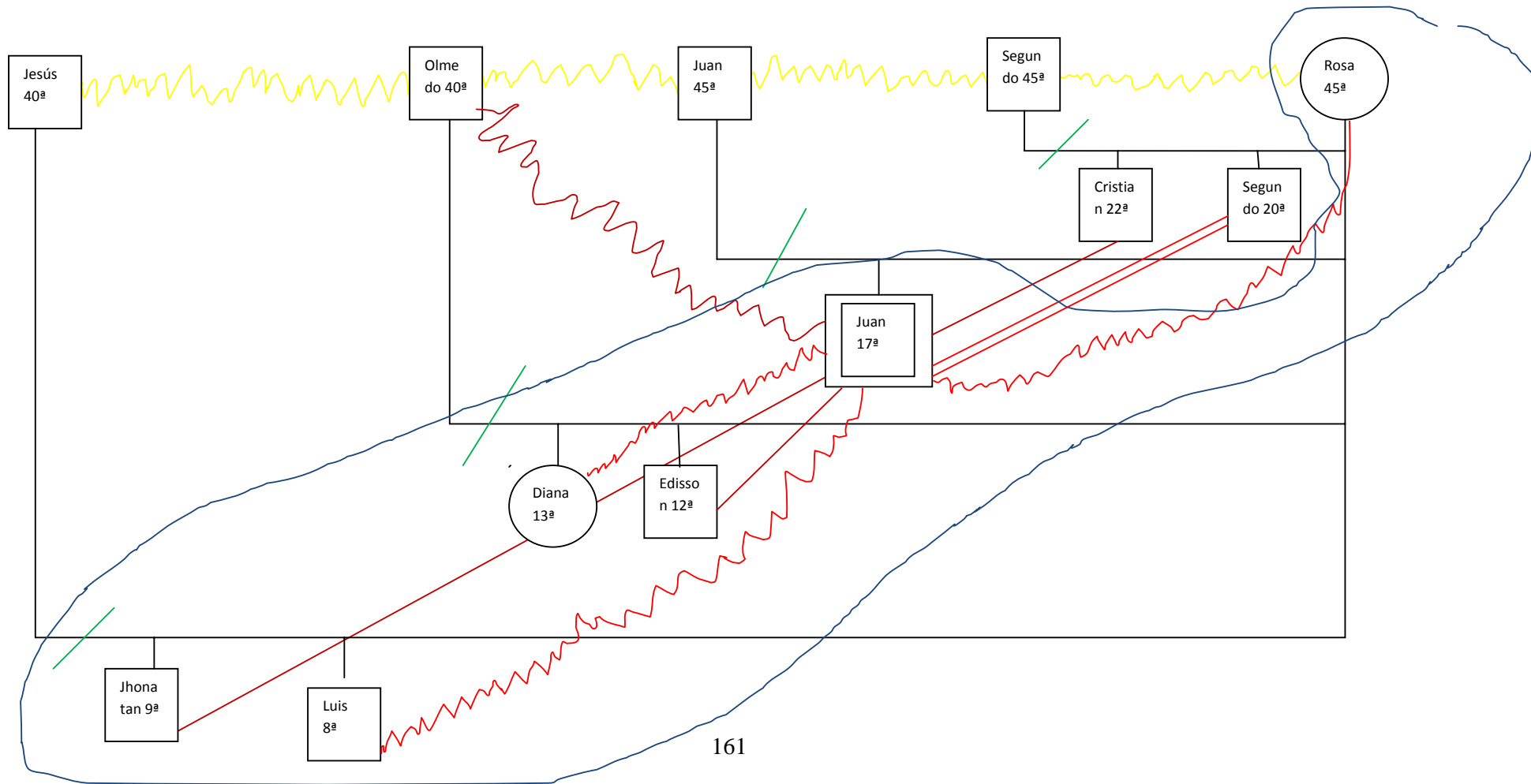
GENOGRAMA N. 4.



AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.



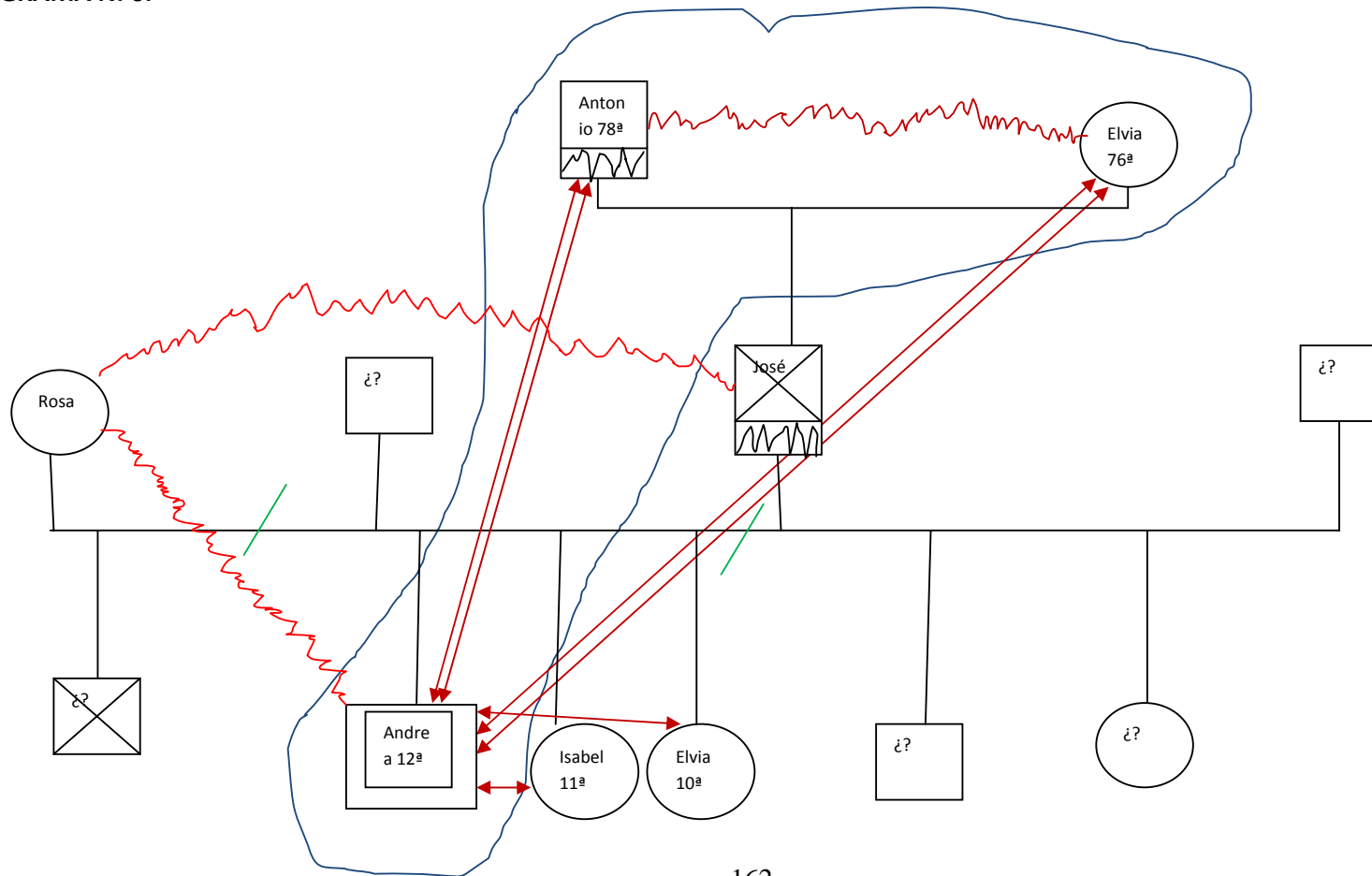
GENOGRAMA N. 5.



161

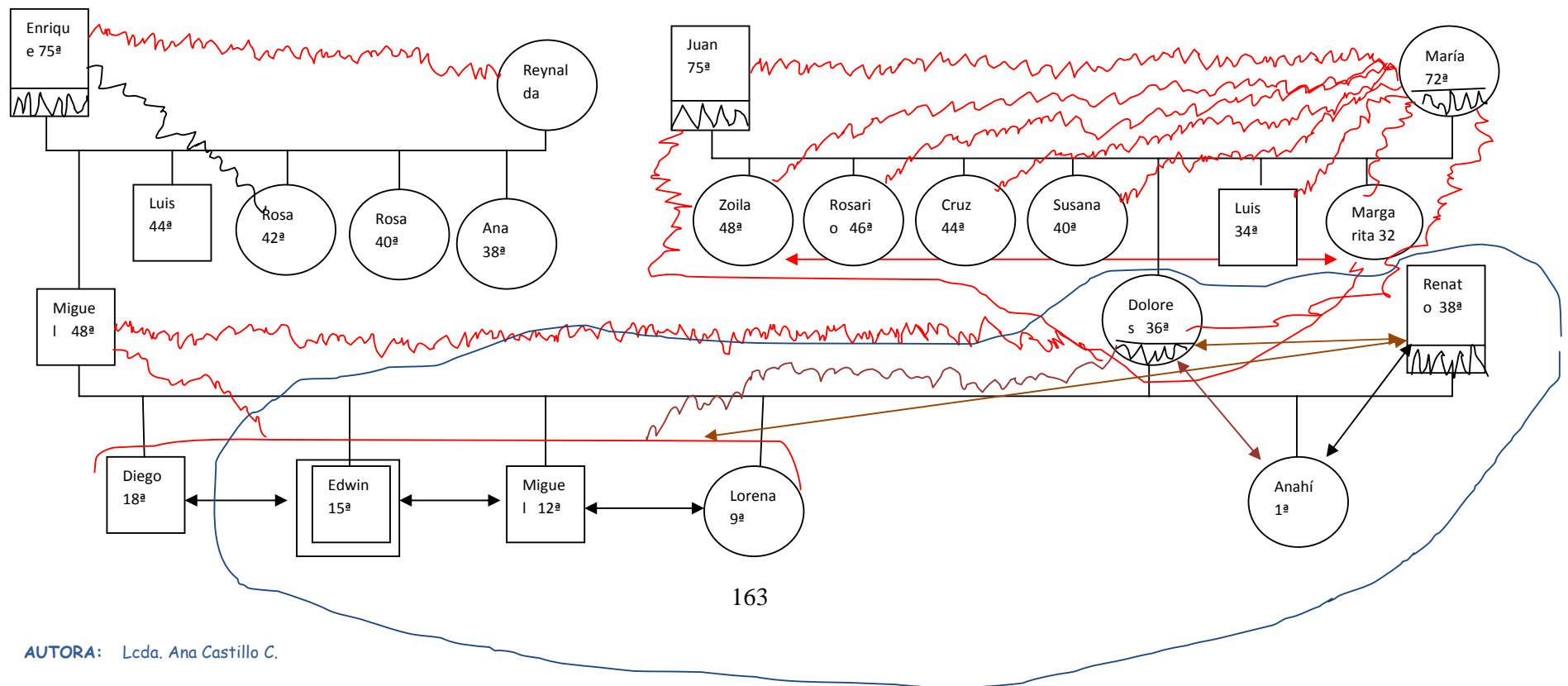
AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.

GENOGRAMA N. 6.





GENOGRAMA N. 7.

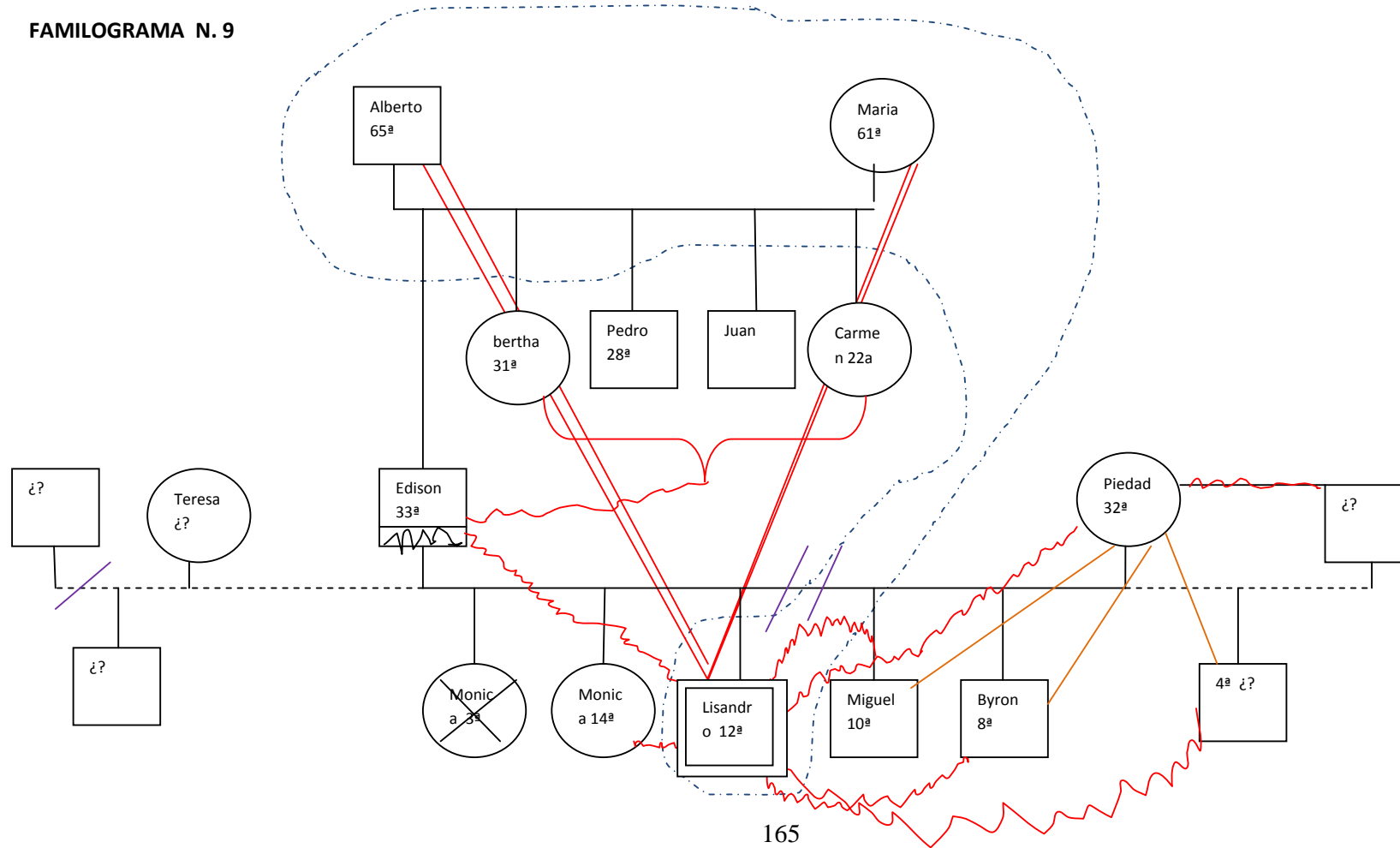


AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.



AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.

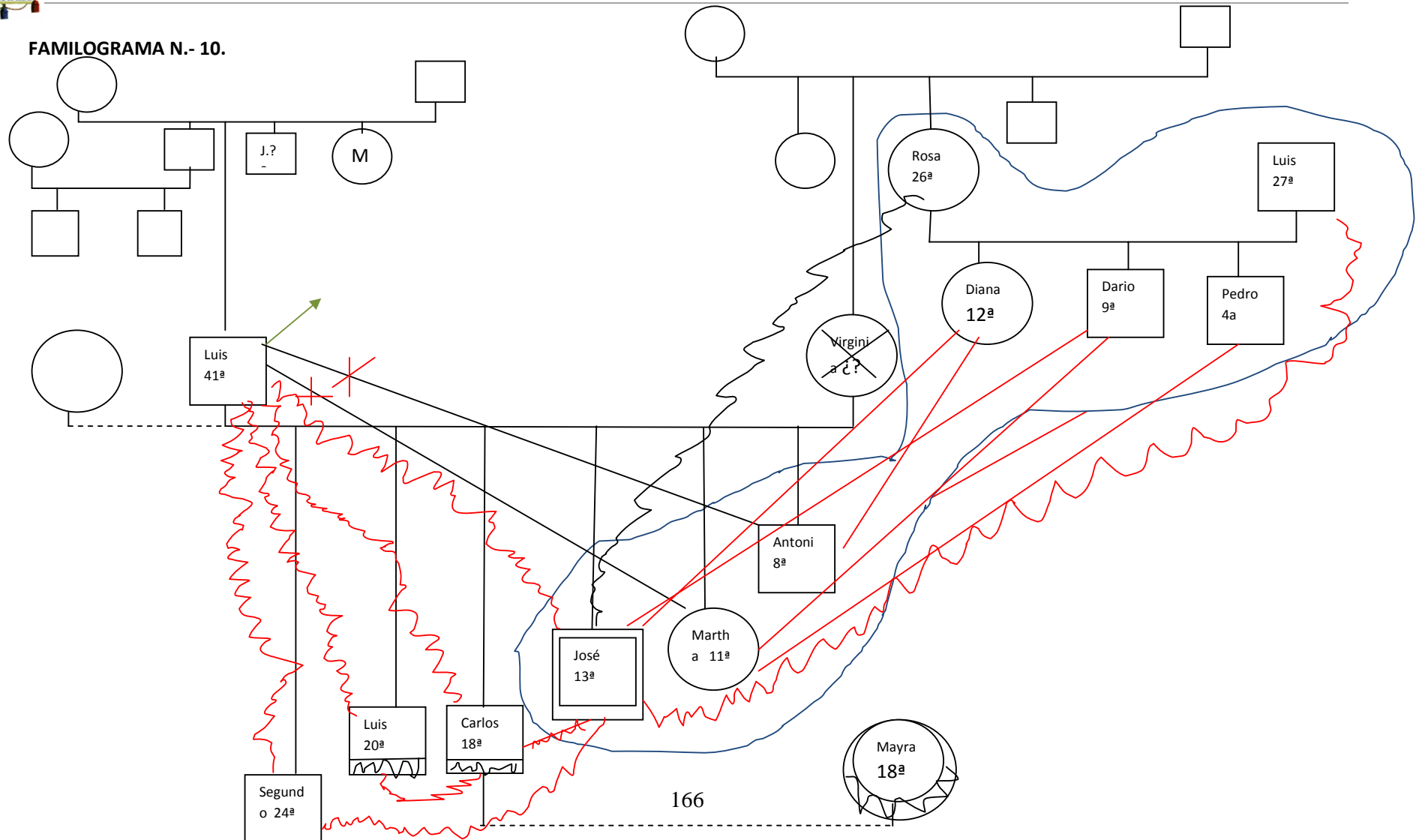
FAMILIOGRAMA N. 9



165



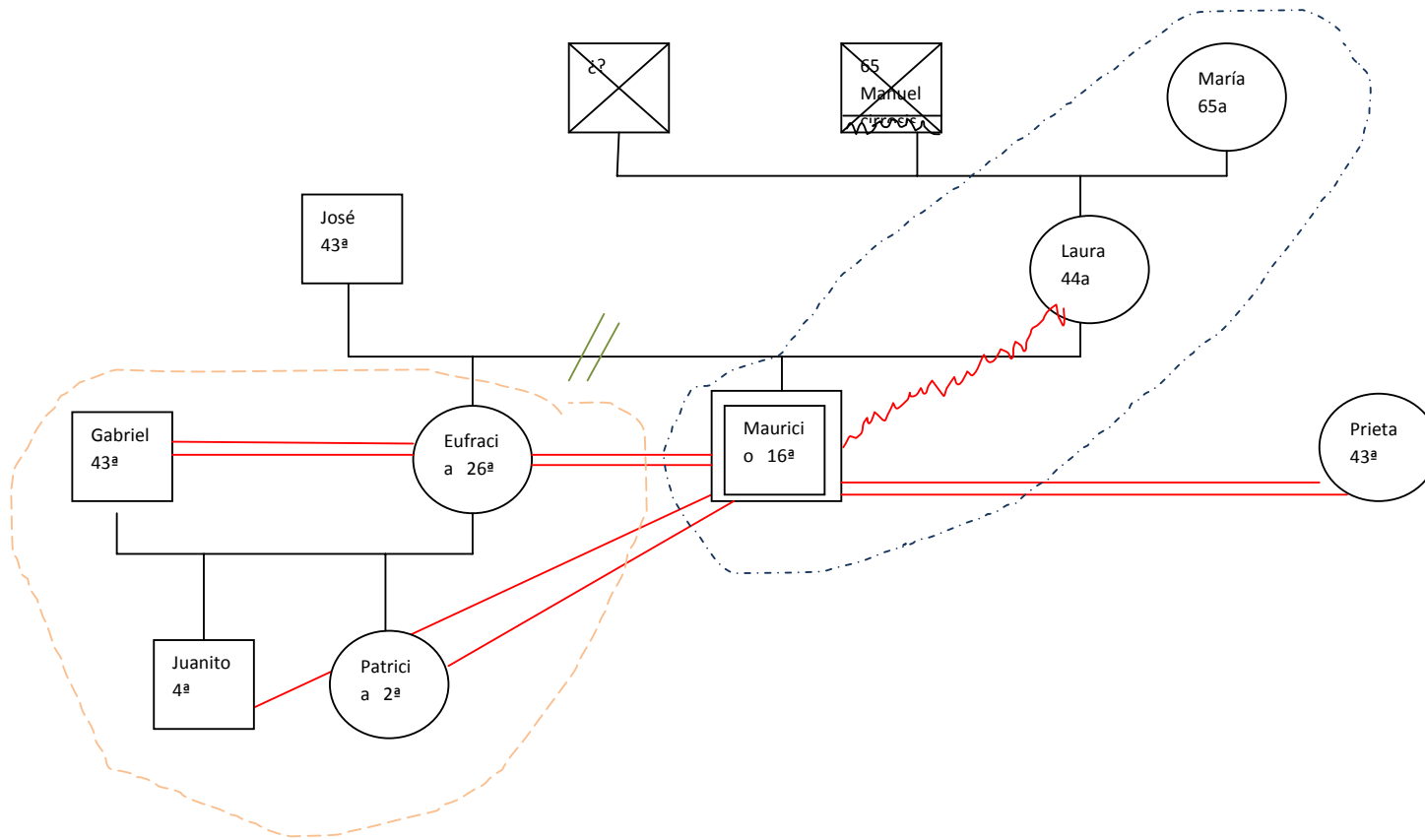
FAMILIOGRAMA N.- 10.



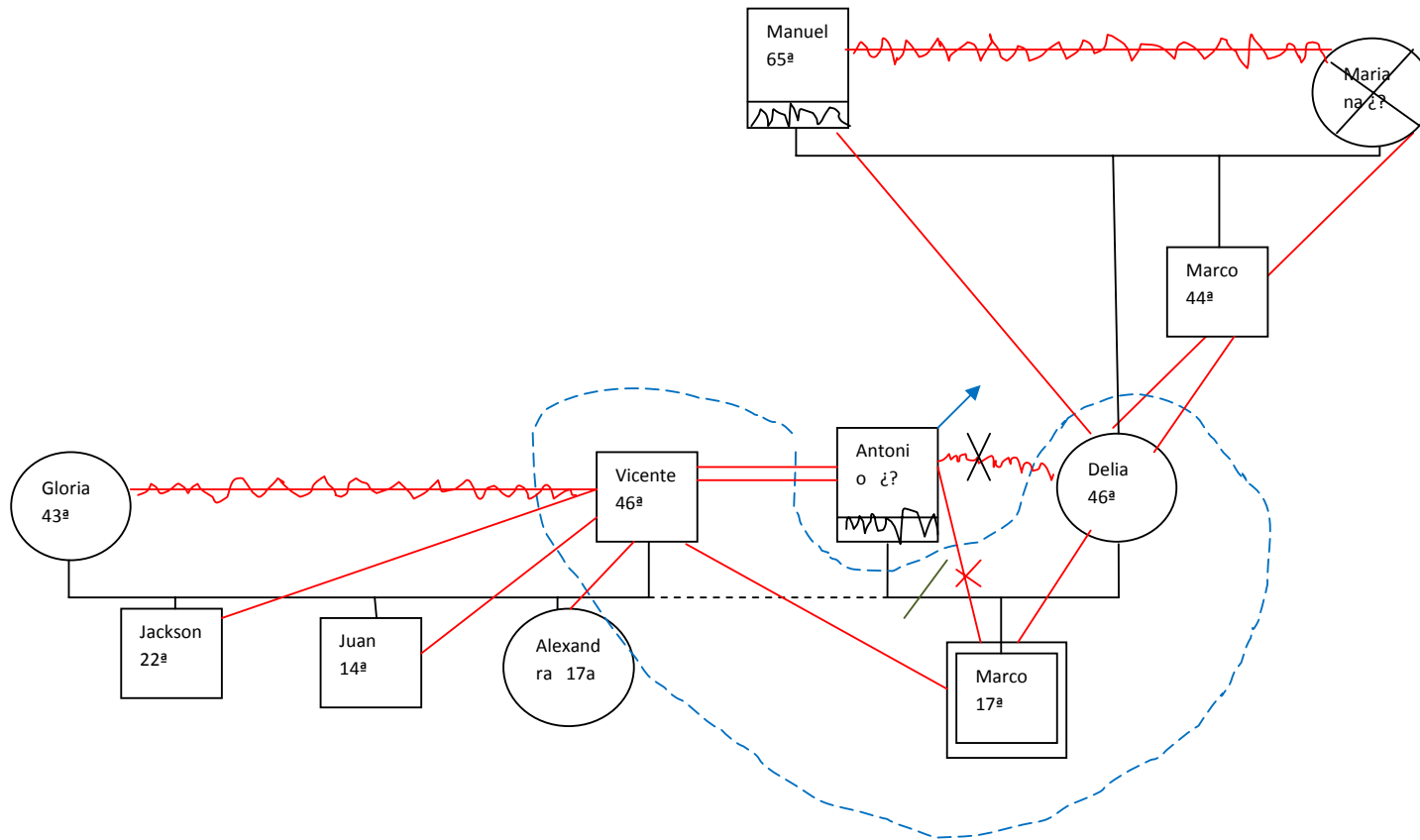
AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.



GENOGRAMA N. 11.

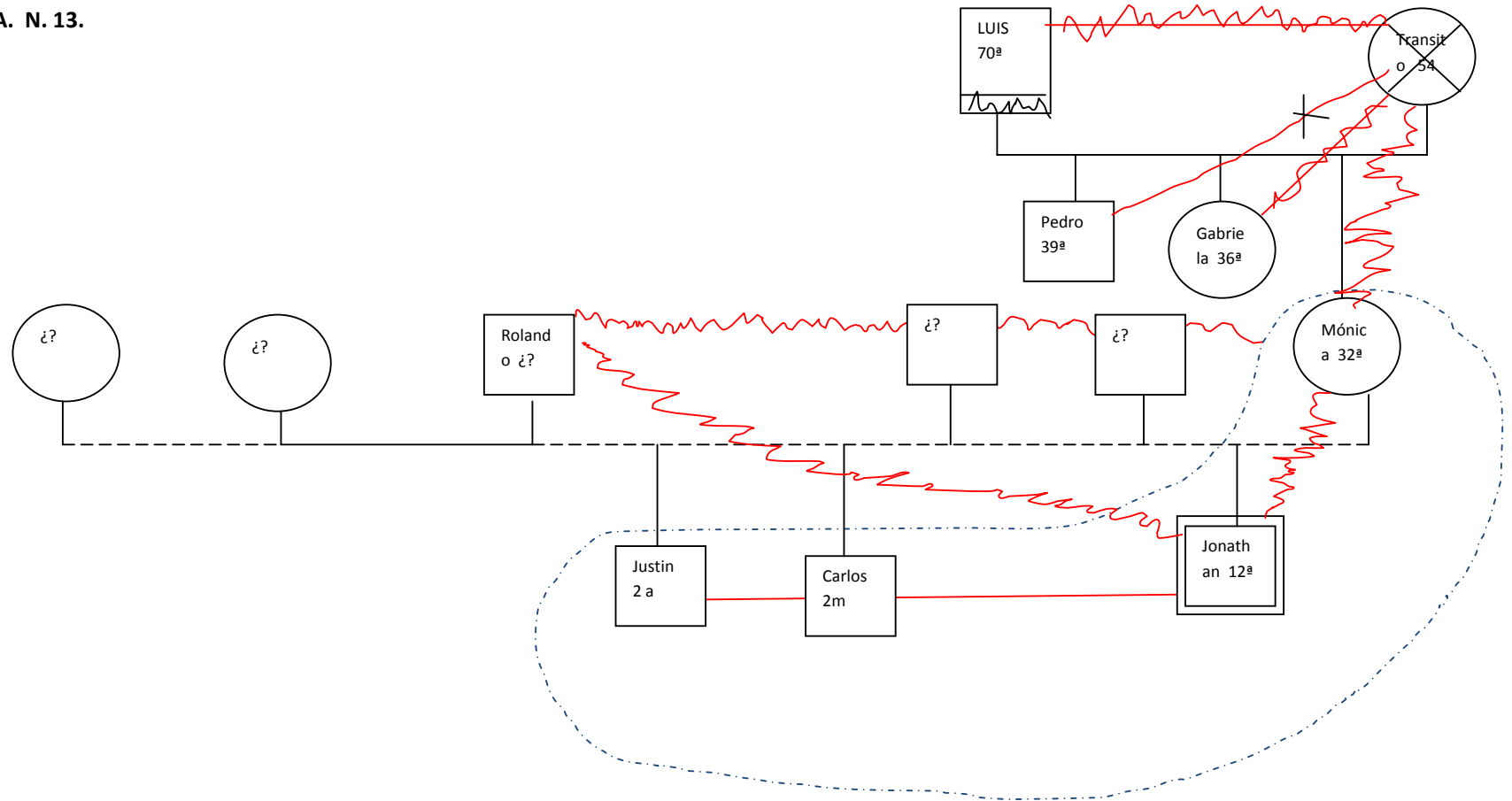


GENOGRAMA. N. 12.



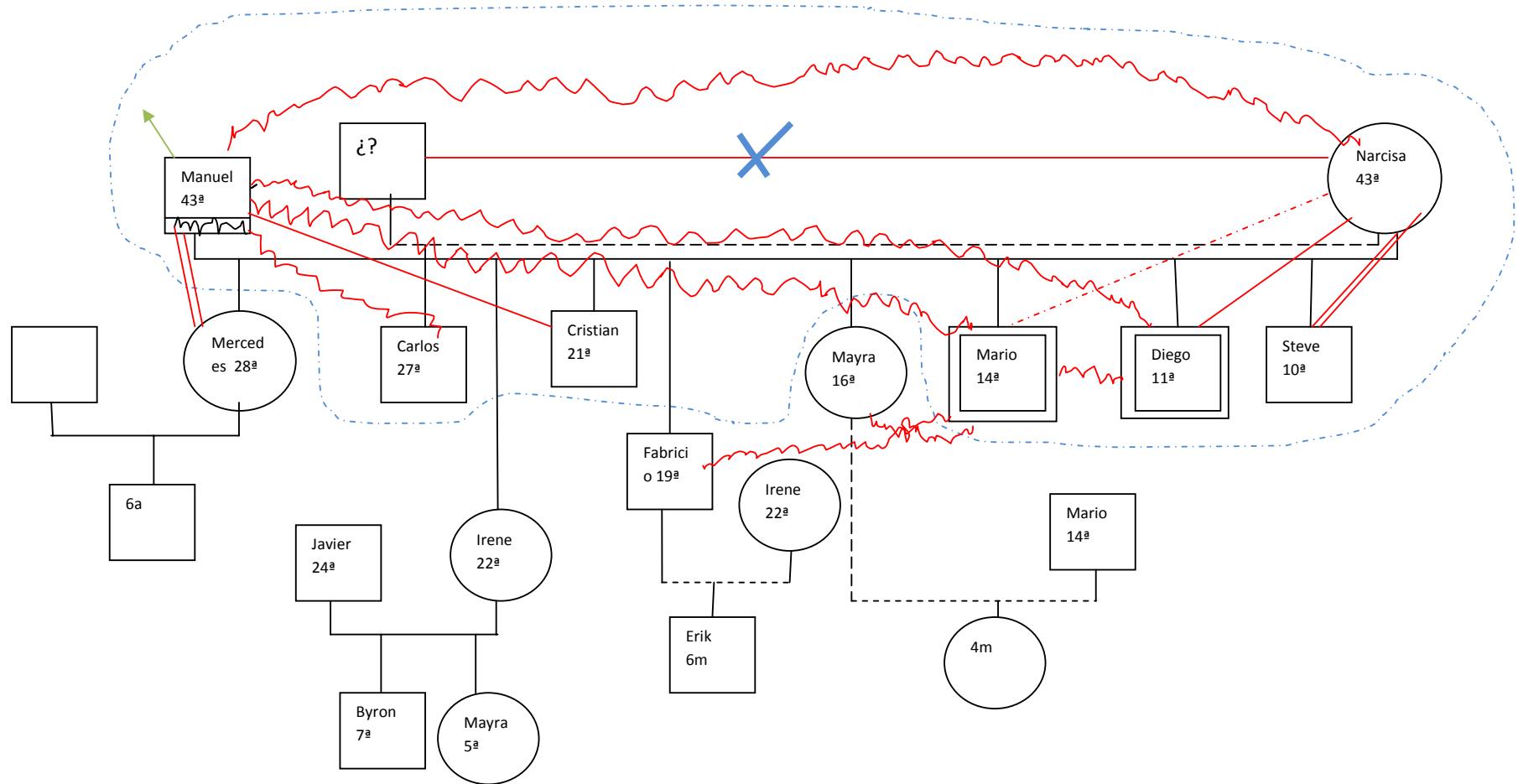


GENOGRAMA. N. 13.

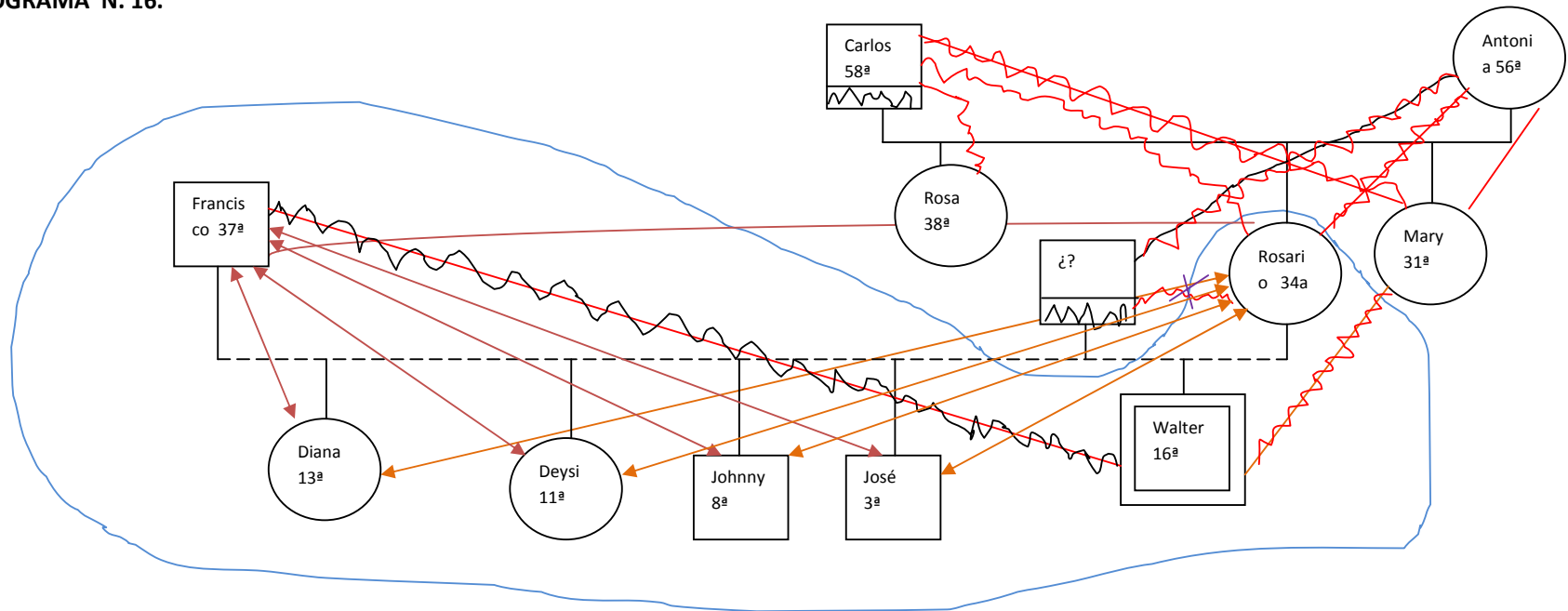




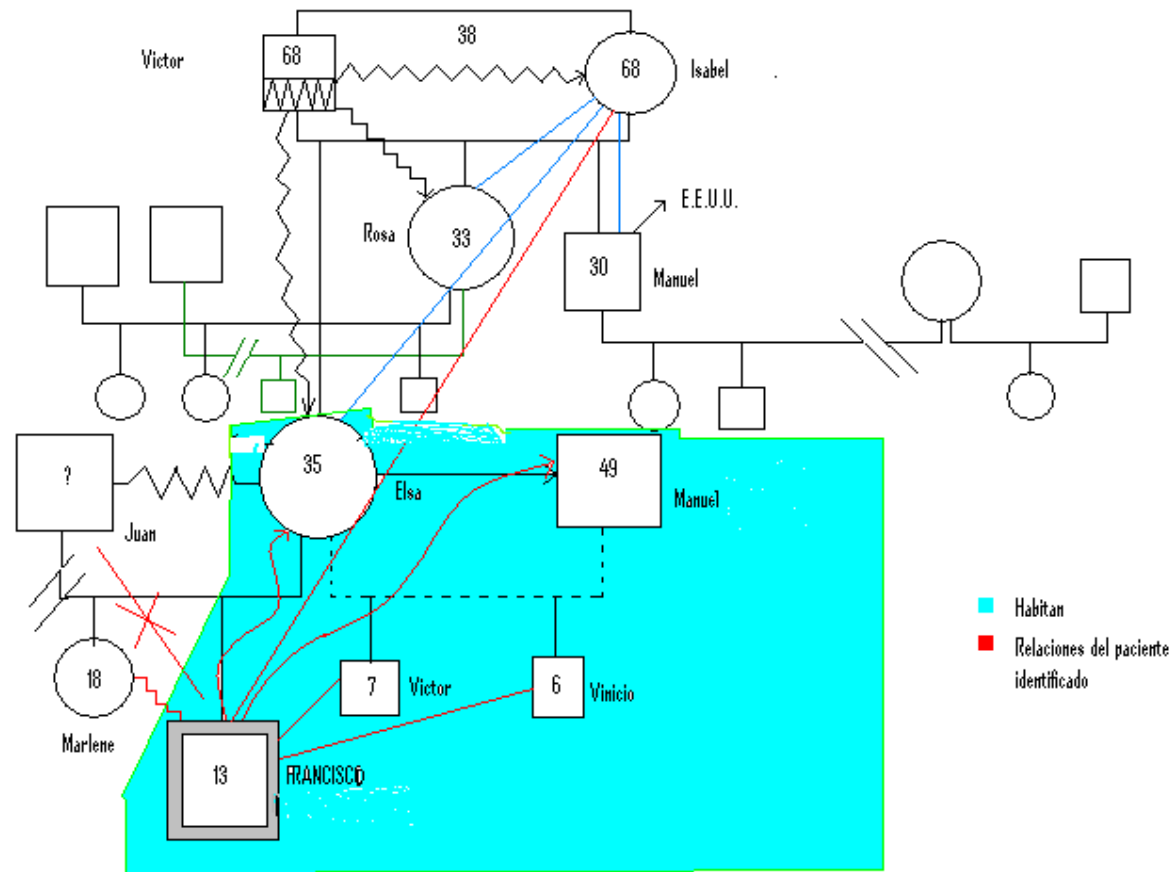
GENOGRAMA N. 15.



GENOGRAMA N. 16.



GENOGRAMA N. 17.





FAMILIOGRAMA N. 18.

The diagram illustrates a family system with the following individuals and relationships:

- Generation I:** Rosa 75 (female), Luis 41 a (male), Segundo 64 (male, deceased), Carmen (female, deceased), María 50a (female).
- Generation II:** Manuel 41 a (male), Iván (male, deceased), Luis (male), Rosa 39a (female), Víctor 35 a (male), Ángel 33 a (male, deceased), Segund o 43* (male, deceased), Cesar 38 (male, deceased).
- Generation III:** Jaime 16 a (male, adopted), Ana 11 a (female), Rodrigo 20 a (male, deceased), Luz María 18a (female), Mariana 17a (female), 15d (male), 2 m (male), Marina 20a (female, deceased), Pabl o (male), and several unknown individuals (¿?).

Key relationships and annotations:

- Marital/Partner Relationships (Orange lines):** Rosa 75 to Luis 41 a; Luis 41 a to Rosa 39a; Luis to Rosa 39a; Víctor 35 a to Ángel 33 a.
- Adoption (Blue lines):** Manuel 41 a to Jaime 16 a; Luis to Jaime 16 a; Rosa 39a to Mariana 17a.
- Other Significant Relationships (Red lines):** Manuel 41 a to Jaime 16 a (6 años); Iván to Jaime 16 a (9 años); Luis to Rosa 39a (8 años); Luis to Mariana 17a; Rosa 39a to Mariana 17a.
- Death (Crossed-out symbols):** Segundo 64, Carmen, Segund o 43*, Cesar 38, Ángel 33 a, Rodrigo 20 a, Marina 20a.
- Other Symbols:** A blue oval encloses Manuel 41 a, Iván, Luis, and Jaime 16 a. A dashed oval encloses Rosa 39a, Luz María 18a, and Mariana 17a. A green arrow points from Iván to Luis.

174

AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.



ANEXO n. 19

ENCUESTA DE DEPRESIÓN

<p>- Alteraciones psíquicas.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tristeza <input type="checkbox"/>• Pesimismo <input type="checkbox"/>• Desesperanza <input type="checkbox"/>• Sentimientos de culpa <input type="checkbox"/>• Ansiedad <input type="checkbox"/>• Angustia <input type="checkbox"/>	<p>- Afecto deprimid. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Reconoce que esta deprimid o enfermo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Reconoce la enfermedad atribuye a otra causa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Niega totalmente sus síntomas. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>- Alteraciones del pensamiento.</p>	<p>- Retardo del pensamiento <input type="checkbox"/></p> <p>- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse <input type="checkbox"/></p> <p>- alteraciones en el contenido del pensamiento (ideas de suicidio, de ruina, de culpa). <input type="checkbox"/></p>	<p>- Habla o pensamientos normales. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Leve retardo en la entrevista. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Evidente retardo en la entrevista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

176



ANEXO n. 20

ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN.

Fecha de Evaluación.

Lea cuidadosamente las preguntas y conteste lo más honestamente posible, rodeando con un círculo el número que caracteriza al examinado.

Puntaje

1. AFECTO DEPRIMIDO

0. Ausente.
1. Detectado sola al preguntar.
2. Reportado verbal y espontáneamente.
3. Comunicado no verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia a llorar).
4. El paciente reporta solo virtualmente esos estados afectivos en comunicación espontanea verbal y no verbal.
5. Anote el periodo en que se presento la depresión -----N. de semanas.
No le anote en la columna de puntuación.

2. TRABAJO Y ACTIVIDADES

0. Sin dificultades.
1. Fatiga, debilidad o pensamientos/sentimientos de incapacidad (relacionado con trabajo, actividades, pasatiempos).
2. Perdida de interés (directamente reportada o indirectamente a través de desatención, indecisión y vacilación).
3. Disminución del tiempo invertido en actividades o descenso es la productividad.
4. Ha dejado de trabajar debido a enfermedad actual

3. SOMÁTICO, GASTROINTESTINAL

0. Ningún.
1. Perdida de apetito (comer sin ganas, sensación pesada en el abdomen)
2. Dificultad de comer sin estímulo (requiere o necesita laxantes o medicamentos para el intestino o síntomas gastrointestinales)

4. PERDIDA DE PESO

0. No ha perdido peso o esto no ha sido causado por enfermedad actual.
1. Probable pérdida de peso asociada con enfermedad actual.
2. Pérdida definida de peso (de acuerdo con el paciente).
Pérdida de peso desde la última visita-----Kg.

5. INSOMNIO, TEMPRANO

0. Sin dificultad para conciliar el sueño.
1. Dificultad ocasional para dormirse (mas de media hora)
2. Dificultad para dormirse todas las noches.



6. INSOMNIO, PERIODO MEDIO

- 0. Sin dificultad
- 1. Se queja de inquietud o interrupción del sueño durante la noche
- 2. Se levanta durante la noche (cualquier ocasión excepto para ir al baño, califique con dos puntos).

7. INSOMNIO, PERIODO FINAL

- 0. Sin dificultad.
- 1. Se levanta temprano, pero vuelve a dormirse
- 2. No es capaz de dormir de nuevo después de levantarse.

8. SOMÁTICO, GENERAL

- 0. Ninguno
- 1. Pesadez en miembros, espalda o cabeza (dolores de espalda, de cabeza o musculares; pérdida de energía y fatigabilidad).
- 2. Cualquier síntoma evidente se califica en 2 puntos.

9. SÍNTOMAS GENITALES

- 0. Ausente.
- 1. Leve.
- 2. Severo.

10. SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0. Ausentes.
- 1. Auto-reproche (sin importar lo que digan la gente)
- 2. Ideas de culpa o meditación en errores del pasado o hechos pecaminosos.
- 3. La actual enfermedad es un castigo. Delirios de culpa.
- 4. Escucha voces acusadoras o delatadoras y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

11. SUICIDIO

- 0. Ausente.
- 1. Siente que no vale la pena vivir.
- 2. Desea estar muerto (o tiene algún pensamiento de posible muerte por si mismo).
- 3. Ideas o gestos suicidas.
- 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio califique con 4 puntos).

12. ANSIEDAD PSÍQUICA

- 0. Sin dificultades.
- 1. Tensión o irritabilidad subjetivas.
- 2. Preocupación sobre asuntos menores.



3. Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla.
4. Temores expresados sin preguntar por ellos.

13. ANSIEDAD SOMÁTICA

0. Ausente.
1. Leve.
2. Moderada.
3. Severa.
4. Incapacitante.

☐

14. HIPOCONDRIAS

0. Ninguna.
1. Autoabsorción corporal.
2. Preocupación por la salud.

☐

15. RETARDO

0. Habla y pensamientos normales.
1. Leve retardo en la entrevista.
2. Evidente retardo en la entrevista.
3. Entrevista difícil
4. Estupor completo.

☐

16. AGITACIÓN

0. Ninguna.
1. Inquietud.
2. jugando con las manos, el cabello, etc...
3. movimiento constante no puede permanecer sentado.
4. Se frota las manos, se limpia las uñas, se frota el cabello. Los labios.

☐

17. INTROSPECCIÓN

0. Reconoce estar deprimido o enfermo.
1. Reconoce la enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso , u otra excusa.
2. Niega totalmente estar enfermo.

☐

18. VARIACIÓN DIURNA

0. Ausente.
1. Leve.
2. Severa.

Los síntomas son peores en la mañana o en la noche ----a.m. ----p.m.

☐

19. DESPERSONALIZACIÓN E IRREALIDAD

0. Ausente.



1. Leve.
2. Moderada.
3. Severa.
4. Incapacitante.

☐

20. PARANOIA

0. Ninguna
1. Suspicion.
2. Ideas de referencia.
3. Delirios de referencia y persecución.

☐

21. SÍNTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS

0. Ausencia.
1. Leve.
2. Severa.

☐

PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN		FECHA	PUNTUACIÓN
0-7	Ninguna/Mínima depresión	Puntuación Total Actual		
8-17	Depresión leve	puntuación previa		
18-25	Depresión moderada	diferencia		
más de 26	Depresión severa			

La puntuación más alta de HAM_D corresponde al paciente
Con mayor depresión.
La mayoría se mide por el decrecimiento (-) de la puntuación.
(una puntuación de 18 es a menudo la línea base par aponer
al paciente bajo tratamiento clínico

la mejoría se mide por el
decrecimiento (-) de la -
puntuación



ANEXO n. 21.

TEST DE APGAR FAMILIAR.

Nombre
Unidad/Centro

Fecha

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli
P. Validez y fiabilidad del cuestionario de
Función familiar APGAR familiar. Aten Primaria.
1996;18: 289-96.



ANEXO n. 22.

AUTOEVALUACIÓN DE DROGODEPENDENCIA

Fecha-----

N.	preguntas	si	no
1	¿Ha perdido Usted. Tiempo en su trabajo debido a la bebida?		
2	¿Ha hecho la droga infeliz su vida en el hogar?		
3	¿Se droga usted porque es tímido?		
4	¿Ha afectado la droga su reputación?		
5	¿Se ha visto envuelto en dificultades financieros debido a la droga?		
6	¿Cuando bebe Ud. Busca sitios y compañías de mas baja posición a la suya?		
7	¿Hace el consumo que usted. Se despreocupe del bienestar de la familia?		
8	¿Ha disminuido las drogas sus ambiciones?		
9	¿Desea droga al día siguiente? ¿Le causa la droga dificultades para dormir?		
10	¿Ha disminuido la eficacia en el trabajo desde que se droga?		
11	¿Ha hecho peligrar las drogas su trabajo o su negocio?		
12	¿Se droga usted. Para escapar de los problemas o preocupaciones?		
13	¿Se droga Ud. solo?		
14	¿Ha perdido la memoria en ciertos momentos debido a la bebida?		
15	¿Lo ha tratado su médico a consecuencia del consumo?		
16	¿Se droga Usted para tener más confianza en si mismo?		



17	¿Ha estado Ud. En alguna institución u hospital debido a la drogadicción?			
18	¿Ha sentido usted remordimiento alguna vez. Después de haberse drogado?			
19	¿Se droga en determinadas horas del día?			
20	¿Se ha drogado Ud. En momentos inoportunos, precisamente cuando ha tenido algo que hacer?			
21	¿Ha tenido Ud. Marcados disgustos o resentimientos hacia otra persona desde que se droga?			
22	¿En fiesta sociales o familiares, en donde se limita la bebida, insiste Ud. En conseguir tragos extras?			
23	¿A pesar de que los hechos demuestran lo contrario. Ud. Ha insistido en que puede dejar de drogarse cuando quiera?			
24	¿Ha pensado que podría hacer más por su vida y por las de los suyos si no se drogara?			



ANEXO n. 22.

TEST DE DROGODEPENDENCIA

- Consumidor social	- Comportamiento "normal".	- Una vez al año <input type="checkbox"/> - Varias veces al año <input type="checkbox"/> - En fiestas <input type="checkbox"/> - Otras ocasiones <input type="checkbox"/> - Drogas utilizadas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Usador.	- Comportamiento, la persona decide cuando, como y con quien consumir. - Automedicación. <input type="checkbox"/>	- Una vez al año <input type="checkbox"/> - Varias veces al año <input type="checkbox"/> - En fiestas <input type="checkbox"/> - Otras ocasiones <input type="checkbox"/> - Drogas utilizadas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



AUTORA: Lcda. Ana Castillo C.



ANEXO n: 23

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA PADRES DE ADOLESCENTES

	SI	NO
1. ¿Cree que su hijo está creciendo normalmente?		
2. ¿Piensa que el peso y talla de su hijo son normales		
3. ¿Cree que su hijo padece de alguna enfermedad en su cuerpo?		
4. ¿Cree que su hijo padece de alguna enfermedad en su mente?		
5. ¿Tiene problemas en relacionarse con su hijo?		
¿Si la respuesta es Si cuales? _____		

6. ¿Tiene su hijo problemas de rendimiento escolar?		
7. ¿Tiene su hijo problemas con los maestros?		
8. ¿Tiene su hijo problemas con sus compañeros de clases?		
9. ¿Cree que su hijo tiene dificultades en el trabajo?		
(En el caso que trabaje)		
10. ¿Cree que su hijo es bien aceptado en su grupo de amigos?		
11. ¿Cree que su hijo tiene con usted suficiente confianza?		
12. ¿Ha tenido su hijo algún problema en relación con la sexualidad?		
13. ¿Cuándo su hijo a tenido algún problema acude a:		
padre _____ madre _____ maestros _____ amigos _____ otros _____		
14. ¿Se queja a menudo?		
15. ¿Presume que su hijo está consumiendo alcohol, tabaco u otra droga? _____		



Fecha _____

BIBLIOGRAFIA

N.

- 1 Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Leise,; TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS, 1999, Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- 2 Adolphi, M. (1984). Terapia Familiar: UN ENFOQUE INTERACCIONAL. Buenos Aires: Amorrortu.
- 3 <http://pic.mendoza.gov.ar/mujer/embadole/adolemb1.htm>
- 4 Bleichmar, H. (1994). La depresión: un estudio psicoanalítico. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- 5 Bruno, N, y Hernandez, A. (1996). UN MODELO DE ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. XXXV Congreso Nacional de Psicoterapia. Cartagena.
- 6 Campos Franco J, González Quintela A, Alende Sixto M.R. Complicaciones médicas del uso de cocaína. Jano 2-8 abril 2004.Vol LXVI Nº 1515
- 7 Carlos Belart 2010, Cita con la Vida 2010
- 8 Casullo, M. M.; Bonaldi, P.D.; Fernández, M. (2000) Comportamientos Suicidas en la Adolescencia. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- 9 Dey Alex (2004), LA FAMILIA FUNCIONAL., 2004 Alba Americana de Ediciones Ltda. Colombia Bogotá.
- 10 Donas ,S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS .Representación en Caracas Venezuela .Noviembre 1997
- 11 Donas, S . Adolescencia y juventud ¿Un problema para quien? Representación en San José ,Costa Rica 1997
- 12 Eliana Gil, (1997), TRATAMIENTO SISTEMICO DE LA FAMILIA QUE ABUSA, Ediciones Granica S.A. Buenos Aires -Argentina.
- 13 Erikson, E. (1986) Sociedad y Adolescencia. Siglo XXI Editores S. A. de C. V., México, DF
- 14 F.B.Simon, H. Stierlin y L. C. Wynne, VOCABUARIO DE TERAPIA FAMILIAR, Gedisa editorial 1984.
- 15 Freud, S. (1979). Tres ensayos de teoría sexual. Editorial Amorrortu. Argentina.
- 16 Froma Walsh, (2004), RESILIENCIA FAMILIAR, Editores Amorrortu, Buenos Aires-Madrid.
- 17 González G. William L. LA OPORTUNIDAD FAMILIAR, Primera Edición 2003. Editorial Cuenca.



- 18 González-Meneses González- Meneses A, Durán de Vargas L .E. Consumo de Drogas: marihuana, drogas de síntesis y otras. Medicina de la adolescencia. Atención integral .Editorial Ergón 2004
 - 19 Gutiérrez Dulanto (1989). EL ADOLESCENTE. Editorial
 - 20 Haley, J. (1985), TRASTORNOS DE LA EMANCIPACIÓN JUVENIL Y TERAPIA FAMILIAR. Buenos Aires: Amarrortu, Primera Edición 1980.
 - 21 Hernández Córdoba, A. (1996). TERAPIA BREVE CON FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS. Primer foro Internacional sobre Avances del Enfoque Sistemico en Salud Mental. Bogotá.
 - 22 http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf
 - 23 Izuzquiza, I. D.D. (1990). LA SOCIEDAD SIN HOMBRES. Niklas Luhmann o la teoría como escándalo. Madrid: Edición. Anthropos.
 - 24 La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad.
 - 25 Linares, J. L. (2000). Tras la honorable fachada . LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA RELACIONAL. Barcelona: Edición. Paidós.
 - 26 Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. Drogodependencias. Editorial Panamericana 2001
 - 27 Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. Drogodependencias. Editorial Panamericana 2001
 - 28 Martínez Gómez C : Salud Familiar. Ed Científico Técnica ,La Habana ,2001
 - 29 Maurizio Andolfi, Israel Zwverling, Compiladores, (1980), DIMENSIONES DE LA TERAPIA FAMILIAR, ediciones Paidos, Barcelona Buenos Aires, Mexico.
 - 30 Mc Graw-Hill. 1ra edición. México-Distrito Federal.
 - 31 Minuchin, S., Michael P. Nichols, (1994), LA RECUPERACIÓN DE LA FAMILIA, Ediciones Paidos, Barcelona- Buenos Aires-Mexico.
 - 32 Minuchin, S.,Lee , W.Y. Simons, G.M. (1998). EL ARTE DE LA TERAPIA FAMILIAR. Barcelona Paidos.
 - 33 Minuchin, S.,Montalvo , B. (1967) TECNICAS PARA TRABAJAR CON FAMILIAS DESORGANIZADAS DE NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO. En Haley, Jay, Edición (1974), Tratamiento de la Familia, Barcelona: Edición, Toray.
- Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología
- 34 Paniagua Repetto H, García Calatayud S,Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco,alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. Anales Españoles de Pediatría, Vol 55,Nº 2,2001



- 35 Pascual C, Cavestany M, Moncada S, Salvador J, Melero J.C, Pérez de Arrospide J.A. Drogas mas información menos riesgos. Tu Guía. Plan Nacional sobre Drogas 2003.
- 36 PIAGET J. e INHELDER B. (1985) El pensamiento del adolescente. En: De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Barcelona.Paidos .1985.
- 37 Piaget, J. y H. Wallon (1966) Los estadios en la psicología del niño. Edición Revolucionaria. La Habana, Cuba.
- 38 Pinos Guido, Semiología y Síndromes en Psicopatología, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Cuenca 2005.
- 39 Royo Isaac J. Adolescentes, Jóvenes y Drogas en el primer mundo: un consumo globalizado. MTA-Pediatría 2002
- 40 Ruiz Rodríguez, G.: La familia. Concepto, funciones ,estructura ,ciclo de vida familiar ,crisis de la familia y apgar familiar .Rev Cubana Med Gen Integral.1990
Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76
- 41 WINNICOTT, D. (1972) Realidad y juego. Barcelona. Gedisa.
- 42 Zubarew T et al. : Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente. Washington .OPS/OMS 1996